

障害程度区分・二次判定参考資料の作成について

障害程度区分判定は、本年4月から各市町村において行われているところであるが、今般、昨年の障害程度区分判定等試行事業の実施自治体（協力自治体）から実際に判定が行われた事例を収集し、今後の二次判定の参考となるよう、下記のとおり参考資料としてとりまとめたので、情報提供する。

① 一次判定結果と二次判定結果が一致した事例をとりまとめたもの

「障害程度区分状態像の例」：各障害程度区分ごとの認定調査項目（106項目）のチェック状況の例

協力自治体において最終的に区分判定がなされた事例について、統計学的処理を用いてチェック状況に共通性のある事例をグループ化し、その中から典型的な例を抽出した。

② 二次判定において区分が上方修正された事例をとりまとめたもの

「二次判定変更事例集」：二次判定において区分が上方修正された事例協力自治体から収集した事例のうち二次判定において区分が上方修正されたケースの中から、専門家の意見を聞きつつ、次の視点から選定した。

- ・ 二次判定において、一次判定では考慮されていない、①特記事項、②医師意見書記載内容、③一次判定で考慮していない項目群の内容から、妥当性があると判断される理由をもって障害程度区分基準時間をより長く要すると判断される事例
- ・ 試行事業の結果から作成し、既に公表している「区分変更の例」にない事例
- ・ 自治体等から「判断が困難である」等の指摘がなされている事例
＜身体障害＞聴覚障害、内部障害 等
＜知的障害＞行動障害、自閉症 等
＜精神障害＞症状の不安定例、統合失調症陰性症状例 等

※ なお、この参考資料は、実際に判定された事例を収載したものであり、記載内容が必ずしも十分でない場合等も含めて情報提供していることに留意されたい。

また、現時点で収集できたデータに基づく資料であり、今後、さらにデータ収集等を進めていくこととしている。

<障害程度区分状態像の例の掲載内容について>

- 事例番号は、障害種別、二次判定区分ごとに、A、B と番号を振っている。
例：身体○A、身体○B
- 事例番号の下には、二次判定区分、プロセスⅡ区分、プロセスⅠ区分を表示している。
- 区分の下には、プロセスⅠにかかる障害程度区分基準時間を表示している。
- 障害程度区分基準時間の下には、106 の認定調査項目について、群ごとに、チェック状況及び中間評価項目点数を載せている。

<二次判定変更事例集の掲載内容について>

- 事例番号は、二次判定区分ごとに、番号を振っている。
例：区分○事例○
- 各事例の最初のページ（事例番号が大きく書かれているページ）には、事例の概要を載せている。
 - プロセスⅡ区分 → 二次判定区分
 - 障害程度区分の有効期間
 - 審査及び判定の概要（障害の概要、二次判定での判断の概要）
- 各事例の市町村審査会資料、特記事項、医師意見書、概況調査票を載せている。
- 市町村審査会資料の左下には、IADL スコア、行動障害スコアも表示している。（算出方法は次ページ）

IADLのスコア、行動障害のスコアの算出

表1 IADLスコア表

調理(献立を含む)	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
食事の配膳・下膳(運ぶこと)	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
掃除(整理整頓を含む)	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
洗濯	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
入浴の準備と後片付け	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
買い物	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
交通手段の利用	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0

※各項目の点数を総計した点数について、7点満点(全項目が全介助)を6点満点に置き直して再計算した結果値をスコアとする。

表2 行動障害スコア表

泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
暴言や暴行	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
大声をだす	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
助言や介護に抵抗する	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
目的もなく動き回る	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
「家に帰る」等と言い落ち着きがない	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
1人で外に出たがり目が離せない	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
物や衣類を壊したり、破いたりする	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
特定の物や人に対する強いこだわり	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
多動または行動の停止	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
パニックや不安定な行動	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
自分の体を叩いたり傷つけるなどの行為	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくる	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
環境の変化により、突発的に通常と違う声を出す	ない	0	希にある	0.25	週に1回以上	0.5	日に1回以上	0.75	日に頻回	1.0
突然走っていなくなるような突発的行動	ない	0	希にある	0.25	週に1回以上	0.5	日に1回以上	0.75	日に頻回	1.0
再三の手洗いや、繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				

※各項目の点数を総計した点数について、19点満点(全項目が最高点)を6点満点に置き直して再計算した結果値をスコアとする。

障害程度区分二次判定変更事例集（平成18年8月24日）目次

事例番号	概要	プロセスⅠ	プロセスⅡ	2次判定	変更事由	ページ
区分2 事例1	<ul style="list-style-type: none"> ■統合失調症を発症し、強迫観念がある事例。 ■脅迫症状が強く家事等日常生活面で支障が生じており、同症状により行動がスムーズに行えず買い物や家中の清潔などに日常生活に関する支援に加え、強迫観念に伴う頻回の同様の行動への対応等介護に時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分2に変更した。 	1	1	2	特記事項 医師意見書	15
区分2 事例2	<ul style="list-style-type: none"> ■統合失調症を発症した事例。 ■幻覚・妄想、意思疎通性に乏しい、判断能力に乏しい等の残遺症状があり、身辺整理、清潔の保持等が困難であることを、また、判断能力に乏しいことや環境刺激で状態が不安定になることから、日常生活維持のための支援や自発的行動が可能な際の促しとフォロー、判断が困難な際のサポートなど介護時間を長く要することを特記事項及び医師意見書から確認し、区分2に変更した。 	1	1	2	特記事項 医師意見書	23
区分2 事例3	<ul style="list-style-type: none"> ■統合失調症を発症し、糖尿病を合併した事例。 ■下着を1週間交換しないなど日常生活面での支障があることに加え、糖尿病の管理が不良で、摂食上の注意等合併症に伴う支援が必要であることなどを特記事項及び医師意見書から判断し、区分2に変更した。さらに精神症状と糖尿病の不安定性から有効期間を1年とした。 	1	1	2	特記事項 医師意見書	31
区分3 事例1	<ul style="list-style-type: none"> ■重度の知的障害に聴覚障害を併せ持つ事例。 ■難聴と知的障害のためコミュニケーションに重い障害があり、また、日々の生活の中での様々な場面でこだわりが認められ見守りや促しが必要である等、より長い介護時間を要すると判断し、区分3に変更した。 	1	2	3	B2・C項目群	38
区分3 事例2	<ul style="list-style-type: none"> ■重度の知的障害で、ほぼ毎日夕食後、3時間程度不安定になり、自傷、奇声など行動障害が見られる事例。 ■飲水量が多く、過食傾向もある。あわせて、聴覚過敏もあり、支援に配慮が必要なことから、介護時間が長くなると判断し、区分3に変更した。 	2	2	3	特記事項 医師意見書 B2・C項目	46
区分3 事例3	<ul style="list-style-type: none"> ■中度の知的障害、広汎性発達障害で、統合失調症を併発している事例。 ■構音障害、吃音のコミュニケーションに障害があり、そのため被害妄想を抱くなど精神症状も不安定で介護を拒む場面もみられる。これらに対応することから、介護時間が長くなると判断し、区分3に変更した。 	2	2	3	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	54
区分3 事例4	<ul style="list-style-type: none"> ■パニック障害とアルコール依存症の事例。 ■現在断酒を続けているが、アルコールに対する精神依存が引き続きみられることに伴う対応を要すること、対人恐怖が強く、頻りに動悸、胸苦、過呼吸を伴うパニック発作が出現し、外出困難となること、しばしば食事摂取も困難となるなど、状態悪化時のサポートを要すること、身辺の世話の必要な時に援助を求めることが困難であり、指示や声かけ、見守りなどを要し、より長い介護時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分3に変更した。 	2	2	3	特記事項 医師意見書	61
区分3 事例5	<ul style="list-style-type: none"> ■気分変調症を発症した事例。 ■特記事項及び医師意見書から症状の不安定性があり、入浴は自らの決意では10日に一度がやっとであるなど日常生活面での支障が大きいこと、昼夜逆転がみられ、夜間における支援を要すること、不安定な状態になると暴言や大声を出すなど行動上の障害も顕著であり、こうした状況への対応が必要なこと、また、希死念慮もみられ、こうした状況下での対応を要することなど、より長い介護時間を要すると判断し、区分3に変更した。 	1	1	3	特記事項 医師意見書	69
区分4 事例1	<ul style="list-style-type: none"> ■重度の知的障害と心因反応症状のある事例。 ■あせりや脅迫的な状態にあるとき興奮物を投げたり奇声を発したり蹴ったりする。スケジュールや支援者に対する強いこだわりなどもあることから、介護に時間が長くなると判断し、区分4に変更した。 	3	3	4	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	76
区分4 事例2	<ul style="list-style-type: none"> ■中度の知的障害、反復性うつ病で、不快気分が著しい時に易怒的で興奮状態となる事例。 ■グループホームで、世話人のちょっとした話しかけを曲解したり、自分の思いが受容されないと包丁を振り回したり、謝るまで許さないため、世話人が何人も退職する状況があり、さらに昼夜逆転による引きこもりも月1回程度ある。これらに対応し、また本人の訴えを傾聴し本人に分かりやすい支援を行う必要があることから、介護時間が長くなると判断し、区分4に変更した。 	2	2	4	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	84

事例番号	概要	プロセスⅠ	プロセスⅡ	2次判定	変更事由	ページ
区分4 事例3	<ul style="list-style-type: none"> ■統合失調症を発症した事例。 ■部屋から一歩も出ることができない、風呂に何年も入っていないなど身の回りのことは全くできない（姉が実施）など、日常生活面での積極的な支援を要すること、行動上の障害も著しく、粗暴行為もみられる、こうした状態への支援を要することなど、より長い介護時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分4に変更した。 	3	3	4	特記事項 医師意見書	91
区分4 事例4	<ul style="list-style-type: none"> ■当初うつ病と診断され、後に統合失調症と診断された事例。 ■B2・C項目群、特記事項、医師意見書から引きこもり状態であり、また、洗髪、歯磨きなど身の回りのことが全くできていないなど身辺の世話に関する対応に加え、飲酒、過食が著しく飲食面での管理に関する支援を要すること、ほぼ毎日一日中泣いている等情緒不安定がみられ、こうした状況へのサポートを要すること、昼夜逆転もあり夜間対応を要することなど、より長い介護時間を要すると判断し、区分4に変更した。 	2	2	4	B2・C項目群、特記事項、 医師県 籍	98
区分5 事例1	<ul style="list-style-type: none"> ■四肢の麻痺に重度の知的障害を併せ持つ事例。 ■排尿排便や清潔保持等が全介助であることに加えて、ほぼ毎日ある不安定な行動や過食、てんかん発作の頻発等、介護により長い時間を要すると判断し、区分5に変更した。 	3	3	5	B2・C項目群	106
区分5 事例2	<ul style="list-style-type: none"> ■最重度の知的障害で、先天性甲状腺機能低下症、重積のてんかん発作がある事例。 ■頻回に他害、異食、自傷、危険な行動があり、行動障害、精神症状に関する介助項目が多く、介護の手間がかかると特記事項、医師意見書から判断し、区分5に変更した。 	4	4	5	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	114
区分5 事例3	<ul style="list-style-type: none"> ■重度の知的障害で、周期性の興奮、不眠状態がある事例。 ■排便時に排泄物を壁になすりつけたり、葉を口に入れるなどの異食行為、奇声、暴行（母親の髪を引っ張る）、破衣等の行動障害がみられることから、これらに対応するため、介護時間が長くなると判断し、区分5に変更した。 	3	3	5	B2・C項目群	122
区分6 事例1	<ul style="list-style-type: none"> ■脳内出血による左片麻痺、視覚障害、高次脳機能障害の事例。 ■排尿排便時にも人に知らせることができず、清潔保持を含めて全介助の状態である。また、記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害があつて、日常生活では全面的に要介護の状態であり、より長い介護時間を要すると判断し、区分6に変更した。 	5	5	6	C項目群 特記事項 医師意見書	129
区分6 事例2	<ul style="list-style-type: none"> ■聴覚障害、重度の知的障害によりコミュニケーションが十分にとれず精神的に不安定になることが多い事例。 ■このため、施設通所がほとんどできない。さらに、拒食（偏食）、興奮が頻回にあり、排尿排便のコントロールができず、おむつを着用するなど、日常生活において全面的に介護が必要なことなど、介護時間が長くなると判断し、区分6に変更した。 	5	5	6	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	137

区分2 事例1

区分変更: 区分1 → 区分2

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症し、強迫観念がある事例。
- 脅迫症状が強く家事等日常生活面で支障が生じており、同症状により行動がスムーズに行えず買い物や家中の清潔などに日常生活に関する支援に加え、強迫観念に伴う頻回の同様の行動への対応等介護に時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分2に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左-上肢)		
	麻痺 (右-上肢)		
	麻痺 (左-下肢)		
	麻痺 (右-下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)		
	拘縮 (足関節)		
	拘縮 (その他)		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		
5-1 イ.	洗顔		
5-1 ウ.	整髪		
5-1 エ.	つめ切り		
5-2 ア.	上衣の着脱		
5-2 イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		一部介助
5-5	電話の利用		
5-6	日常の意思決定		
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3 ア	意思の伝達		ときどきできる
6-4 ア	指示への反応		
6-5 ア.	毎日の日課を理解		
6-5 イ.	生年月日をいう		
6-5 ウ.	短期記憶		
6-5 エ.	自分の名前をいう		
6-5 オ.	今の季節を理解		
6-5 カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7 ア	被害的		
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		
7 エ	感情が不安定		
7 オ	昼夜逆転		ときどきある
7 カ	暴言暴行		ある
7 キ	同じ話をする		ときどきある
7 ク	大声を出す		
7 ケ	介護に抵抗		
7 コ	常時の徘徊		
7 サ	落ち着きなし		
7 シ	外出して戻れない		
7 ス	1人で出たがる		
7 セ	収集癖		
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		
7 チ	不潔行為		
7 ツ	異食行動		
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		調査結果	
9-1	調理		
9-2	食事の配下膳		
9-3	掃除		
9-4	洗濯		
9-5	入浴の準備片付け		
9-6	買い物		
9-7	交通手段の利用		見守り、一部介助

B2項目群		調査結果	
7 ト	こだわり		ときどきある
7 ナ	多動・行動停止		
7 ニ	不安定な行動		
7 ヌ	自ら叩く等の行為		
7 ネ	他を叩く等の行為		週に1回以上
7 ノ	興味等による行動		
7 ハ	通常と違う声		
7 ヒ	突発的行動		
7 ホ	反復的行動		ときどきある

C項目群		調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達		
6-4-イ	説明の理解		
7 フ	過食、反すう等		
7 ヘ	憂鬱で悲観的		ある
7 マ	対人面の不安緊張		ある
7 ミ	意欲が乏しい		ときどきある
7 ム	話がまとまらない		ときどきある
7 メ	集中力が続かない		
7 モ	自己の過大評価		
7 ヤ	疑い深く拒否的		ときどきある
9-8	文字の視覚的認識		

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	87.3	94.4	90.7

I ADL	行動障害
0.42点	1.02点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-1) 日常生活に支障となる麻痺や筋力の低下は見られない。作業所に徒歩や自転車で一人で通っている。

(1-2) 上下肢とも自由に動かせ、支障はない。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-1, 2) つかまらず行える。

(2-3, 4) 支えなく保持できる。

(2-5) 作業所まで片道10分を雨の日は歩いて、晴れの日には自転車で通っている。

(2-6) 支障なく行える。

(2-7) 作業所は1人で通えているが、本屋には他人の視線が気になり1人で行けない。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-1, 2) 支障なく行える。

(3-3) 1日1回、1人でシャワー浴している。

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-1) 皮膚疾患なし。

(4-2) 支障なくできる。

(4-3) 箸を使用し、1人で食べられる。作業所にはお弁当(冷凍食品)を持って行って食べている。

(4-4) 自分で飲みたい時に飲んでいる。

(4-5) 支障なくできる。

(4-6) 便秘あり。下剤を飲んでいて、1日1回排便がある。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. 1. 流しで1日2回(朝・夜)自分でやっている。

(5-1) エ. 手足とも自分で切っている。

(5-2) 支障なく行える。

(5-3) 4週間分もらってきた薬を1週間分ずつ母親にケースに分けて入れてもらっている。飲むのは自立。

(5-4) 年金の中から母親に月の小遣いをもらい、小額のみ自己管理している。

(5-5, 6) 作業所を休む時には自分で電話できる。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-1, 2) 日常生活に支障はない。

(6-3) 問いかけに対して答えられるが、自分が言ったことに対して他人がどう思うか等、先のことを考えてしまい、意思を伝達できないことがある。

(6-4) 特に支障はない。

(6-5) ア. 作業所には忘れずに通えている。

(6-5) 1. 即答できる。

(6-5) ウ. 「テレビを見ていた」と正答。

(6-5) エ. カ. 正確に答える。

(6-5) オ. 「〇月、春」と答える。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (ア～ヤまで)

(オ) 月1回くらい、朝方の1時間くらいしか眠れないことがある。

(カ、ネ) 週1回くらい、母親の腕を叩いて、翌日母親の手があがらなくなることがある。

(キ) こだわり、同じことを何度も言ったりする。

(ソ) 家の鍵を1箇所かければいいのに、2箇所かけないと気がすまない。使った時に何度も火を消したかどうか確認する。

(ト) いつものヘルパーでないと、気持ちが不安定になってしまう。

(ヘ) 「殺される」という不安があり、先週1週間、外が怖くて出られなかった。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() 医療は受けていない。

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) カレーの材料を買ってきて調理する。

(9-2) 料理の盛りつけ、配膳、下膳はする。食器洗いはやればできるが、母親の役割なのでやっていない。

(9-3) 自分の部屋は、週1～2回掃除機をかけている。布団も自分で干している。

(9-4) 1日1回洗濯機で洗濯している。

(9-5) 入浴はほとんどシャワー浴。風呂場の後片づけは父親の役割なのでやったことがない。

(9-6) 父親が網膜色素変性症による視力障害あり身障2級、母親が脊髄性小児麻痺による両下肢機能障害の身障1級のため、体調が良い時は、1日1回近所のスーパーに1人で買い物に行っている。他人の視線は気になるが、決められた物は買いに行くことができる。

(9-7) 他人の視線が気になることと、電車・バスなど乗り方が分からないので1人では乗れない。人が一斉に自分のことを見ていると思ってしまう。

医師意見書

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 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(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 checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. 統合失調症	発症年月日	(昭和・平成) 4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 7年 10月～	7年 11月	(傷病名: 統合失調症)	
2. 昭和・平成 12年 12月～	13年 6月	(傷病名: 統合失調症)	
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 強迫症状、被害関係妄想、不安があり病感はあるが、病識はない。			
(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)			
中学校不登校。平成4年8月〇〇受診していたが、平成15年11月〇日当院に紹介になり初診。その後入院4回くり返し、平成13年6月〇日退院後は定期的に外来通院している。症状は強迫症状、被害関係妄想、対人関係疎通性の欠如、それによる不安感である。治療は薬物療法、精神療法を行っている。			

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (強迫行為)					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 統合失調症) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (強迫行為)					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇病院) <input type="checkbox"/> 無					

<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=155.3cm 体重=46.0kg (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。)

強迫症状による行動。被害的に常に他者にどう思われているかを気にしている。何度も財布の中を確認し、ドアノブにも触れず、また、今どう思っているか他者に確認したくなる。金銭感覚は乏しく、計算能力も欠けている。家中ではどうにか生活出来るが、買物などは他者が気になり、また強迫行為があり、スムーズに行動できない。両親と同居しているが、両親とも病弱なため、買物の手助けや家中の清潔に援助してもらいたい。

<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; 4 能力障害; 3) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価:(食事; 3 生活リズム; 2 保清; 2 金銭管理; 4 服薬管理; 2

対人関係; 4 社会的適応を妨げる行動; 1) <判断時期 平成〇年〇月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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・ <u>2級</u> ・3級
5) 障害基礎年金等級	1級・ <u>2級</u>
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>23</u> 回程度（受診は2週間に1回、買物や友人と会う） 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 自動車の運転は医師から禁止されているため、普段は自転車で行動している。

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 人間関係をうまくやっていく自信がないので働けない。

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 火・水は9：00～15：00、木は9：00～12：00を作業所で過ごしている。交通手段は主に自転車。昼食はお弁当（冷凍食品）を持って行っている。他の日は、買い物に行ったり、友人と会ったり、電話したり、自室でCDを聴いて過ごしている。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 父・母・本人の3人暮らし。父は身障（網膜色素変性症による視野障害）2級、母も身障（脊髄性小児麻痺による両下肢機能障害）1級を持っている。本人が通院の時は、母親が運転して連れて行っている。父母とも障害はあるが、自立して生活している。
 ヘルパーは週1回2H、月曜日に利用し、調理を一緒に行っている。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
 自宅で2階建て住居。居間は片づいている。本人は在宅している時は、2階の自室で過ごしていることが多い。

X その他、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。

区分2 事例2

区分変更: 区分1 → 区分2

有効期間: 2年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症した事例。
- 幻覚・妄想、意思疎通性に乏しい、判断能力に乏しい等の残遺症状があり、身辺整理、清潔の保持等が困難であることを、また、判断能力に乏しいことや環境刺激で状態が不安定になることから、日常生活維持のための支援や自発的行動が可能な際の促しとフォロー、判断が困難な際のサポートなど介護時間を長く要することを特記事項及び医師意見書から確認し、区分2に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分1	プロセスⅡ 区分1	2次判定 区分2	有効期間 2年	食事	排せつ	移動	清潔保持	間接	行動	機能訓練	医療関連
	27.7分				0.7分	0.5分	1.0分	4.2分	7.3分	0.4分	3.2分	10.4分

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺（左-上肢）		
	麻痺（右-上肢）		
	麻痺（左-下肢）		
	麻痺（右-下肢）		
	麻痺（その他）		
1-2	拘縮（肩関節）		
	拘縮（肘関節）		
	拘縮（股関節）		
	拘縮（膝関節）		
	拘縮（足関節）		
	拘縮（その他）		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		
5-1 イ.	洗顔		
5-1 ウ.	整髪		
5-1 エ.	つめ切り		一部介助
5-2 ア.	上衣の着脱		
5-2 イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		
5-4	金銭の管理		一部介助
5-5	電話の利用		
5-6	日常の意思決定		
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3-ア	意思の伝達		
6-4-ア	指示への反応		
6-5ア.	毎日の日課を理解		
6-5イ.	生年月日をいう		
6-5ウ.	短期記憶		
6-5エ.	自分の名前をいう		
6-5オ.	今の季節を理解		
6-5カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7 ア	被害的		
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		ある
7 エ	感情が不安定		
7 オ	昼夜逆転		
7 カ	暴言暴行		
7 キ	同じ話をする		
7 ク	大声を出す		
7 ケ	介護に抵抗		
7 コ	常時の徘徊		
7 サ	落ち着きなし		
7 シ	外出して戻れない		
7 ス	1人で出たがる		
7 セ	収集癖		
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		
7 チ	不潔行為		
7 ツ	異食行動		
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスピレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		調査結果	
9-1	調理		見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳		
9-3	掃除		見守り、一部介助
9-4	洗濯		見守り、一部介助
9-5	入浴の準備片付け		見守り、一部介助
9-6	買い物		
9-7	交通手段の利用		

B2項目群		調査結果	
7 ト	こだわり		
7 ナ	多動・行動停止		
7 ニ	不安定な行動		
7 ヌ	自ら叩く等の行為		
7 ネ	他を叩く等の行為		
7 ノ	興味等による行動		
7 ハ	通常と違う声		
7 ヒ	突発的行動		
7 ホ	反復的行動		ある

C項目群		調査結果	
6-3-イ	独自の意味伝達		
6-4-イ	説明の理解		
7 フ	過食、反すう等		
7 ヘ	憂鬱で悲観的		ときどきある
7 マ	対人面の不安緊張		
7 ミ	意欲が乏しい		
7 ム	話がまとまらない		
7 メ	集中力が続かない		ときどきある
7 モ	自己の過大評価		
7 ヤ	疑い深く拒否的		
9-8	文字の視覚的認識		

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	88.2	100.0	95.1

I ADL	行動障害
1.71点	0.31点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-5) 薬の副作用もあり、歩くのはつらいとのこと。足腰を鍛えなくてはという思いがあり、なるべくバイクでなく自転車移動している。

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-5) トイレが近いと話す。緊張もあってか、調査時も約1時間の間に2回トイレで席を立った。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. 総入れ歯を自分で洗浄している。

(5-1) エ. 腰痛がある時は足のつめは切れないのでヘルパーに切ってもらう。

(5-3) 薬箱なども使用せず管理できているが、自己判断で服薬を中断したりすることがあり、訪問看護師が1回/週来訪し、本人の状況を確認している(本人は掃除のために来ていると思っている)。自分では、ちゃんと飲めていると話す。

(5-4) 社協の金銭管理援助事業を利用し、家賃を引いた食費と小遣いを月二回に分けて渡してもらう。その中でやりくりはできている。

(5-5) 電話がかかってくることに對して恐怖感があり使用したくはないが、施設に連絡をする際に必要なので利用している。

(5-6) 気になると、しつこく相談してしまう面がある。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

()

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(ア) 自分の不調を他者のせいにしてしまうようなこともある。

(ウ) ひとりである時に幻聴が聞こえるため音楽やテレビでまぎらわしている。

(サ、ハ、マ、ミ) 平成17年12月自宅にいるにもかかわらず、自宅が他にあるような気がして場所が分からなくなり1ヶ月任意入院した。背景として、一人で頑張らなくてはとの決意でヘルパー支援を控え無理をしすぎたことと、自己判断で服薬を中断するといったことがあった。現在は、外出したり人と会ったりすることがしんどい日もあるが、自宅で寝込んでしまうと入院につながってしまうとの思いから、日に1回は必ず、精神障害者地域生活支援センターに顔を出している。体調次第で、30分程度しかいられない日も

あれば、朝から夕方まで過ごすこともある。

(ホ) 電化製品のスイッチや施錠など、外出の際は確認に時間がかかる。時間には正確で、時間を約束すると気になって2～3時間前から落ち着かなくなり、本人自身しんどいと訴える。そのため、支援センターへの顔出しは特に時間は決めていない。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) ヘルパーが数日分まとめて調理したものを温めて食べている。ヘルパーの調理を見るのは好きだが、後からその段取り通りに自分で作るというのは難しく、自分で作るのはインスタントの味噌汁やラーメン程度。

(9-3) 机の汚れた箇所を拭いたりはするが、部屋をきれいに掃除するというのは難しい。

(9-4) 洗濯機の使用と干すことはできるが、たたむのはヘルパーが行っている。洗濯物を分類して片付けるのはしんどいとのこと。

(9-5) 入浴の準備は自分でする。風呂は3日に1回で、他の日はシャワーを浴びている。風呂掃除をしていると不安な気持ちになるため掃除はヘルパーにしてもらう。

(9-6) 調理の材料はヘルパーに買って来てもらうが、健康を考え、自分で牛乳やみかん等を購入して食べている。

※生活全般に意欲はあり、頑張りたい気持ちもあるが、負荷がかかりすぎる前に自分で回避することができず不調になるため、訪問や見守りが必要。

医師意見書

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 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input checked="" 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. 統合失調症	発症年月日	(昭和)・平成 50年 1月 日頃)	
2. 高血圧症	発症年月日	(昭和)・(平成) 18年 1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) 17年 12月～ 18年 1月	(傷病名: 統合失調症)		
2. 昭和・(平成) 10年 7月～ 11年 1月	(傷病名: 統合失調症)		
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 情動の不安定さ、意欲の亢進と低下や困惑状態出没など病状が全体として安定しない。			
(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)			
昭和50年1月幻覚・妄想状態にて発症。昭和50年1月～約1年間入院加療し、その後外来通院を続け、平成7年6月○日～平成7年12月○日、平成10年7月○日～平成11年1月○日と金銭管理困難、日常生活破綻のために再入院している。病状は幻聴が持続し関係妄想など陽性症状に加え、無為・好褥・だらしなさなど残遺症状も著しく経過。平成11年2月より訪問看護、地域生活支援センターの援助を受けつつ、かろうじて在宅療養していたが、病状は不安定なままであった。平成17年12月○日数日来不眠で急に「家に帰る道が分からない」と警察に保護され、困惑状態著しいため入院となった。薬物調整により在宅療養可能なまでに回復したが、社会適応力に乏しく、身辺整理を含めた日常生活維持は医療スタッフ、介護支援スタッフの適切な援助が不可欠な状況にある。連合弛緩著しく、判断能力は十分とさええず、環境刺激で情動不安定、困惑状態出没するなど安定しない。			

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"/> レスピレーター	<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) (ラバーシーツの利用)				

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)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (判断力低下、現実検討力低下)
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 幻覚・妄想・残遺症状・連合弛緩) <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

〈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=163 cm 体重=63 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 (高血圧症)

嚥下について 特になし あり ()

摂食について 特になし あり (メニュー選択、調理に際し本人意向と協働の視点を尊重する必要あり)

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ご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。）

表情はしかめ顔で思考障害として連合弛緩が著しい。疎通性は表面的で、応答は保たれているが、判断力が充分とは言えず、現実検討力も乏しい。そのため不要な物を買ってしまい、金銭的に困窮する事態になったり、他者にだまされたり、うまく利用されてしまうことがある。しかし本人はそうのように判断できず、自分の言動を良しとし、スタッフの助言を受け入れず、自己中心的になることがある。身辺整理、清潔の保持が困難で、スタッフの援助なしには日常生活維持が不能と考えられる。無為・自閉傾向にあり、社会適応のためには医療従事者の適切な援助が不可欠である。

〈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；4 能力障害；4) 〈判定時期 平成 ○年 ○月〉

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

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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) 障害基礎年金等級	1級・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 30 回程度 社会活動の参加の状況（通院1/4W。毎日、支援センターへ顔出ししている。） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり あり⇒ 入院期間：平成17年12月～平成18年 1月 入院の原因となった病名（統合失調症） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 自転車や原付バイクを運転し、毎日のように外出している。
--

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 製造業1年→呉服営業1年→収集業務1年

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 家でひきこもったり、他者との交流を避けていると、不調となって入院に至るという思いから、1日1回は、必ず自転車で20分くらいの支援センターへ顔を出している。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 家族とは、関わりを持っていない。
 母親の遺影を部屋に飾っている。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
 ワンルームタイプのアパート1F、角部屋。日当たりもよく、周囲は田畑。民家やアパートも徒歩圏内にある。

X その他、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。

統合失調症（1回/4W通院、1回/W訪問介護、2回/W家事援助）。
 1人身で「自分でがんばらなくてはならない」思いが強く、バイクから自転車へ移動手段をうつして足腰を鍛えようとしたり、ヘルパー利用を控えたりとがんばりすぎ、昨年12月入院に至った経緯あり。また、自己判断で服薬の中断をすることもある。

区分2 事例3

区分変更: 区分1 → 区分2

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症し、糖尿病を合併した事例。
- 下着を1週間交換しないなど日常生活面での支障があることに加え、糖尿病の管理が不良で、摂食上の注意等合併症に伴う支援が必要であることなどを特記事項及び医師意見書から判断し、区分2に変更した。さらに精神症状と糖尿病の不安定性から有効期間を1年とした。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果
麻痺拘縮		
1-1	麻痺（左-上肢）	
	麻痺（右-上肢）	
	麻痺（左-下肢）	
	麻痺（右-下肢）	
	麻痺（その他）	
1-2	拘縮（肩関節）	
	拘縮（肘関節）	
	拘縮（股関節）	ある
	拘縮（膝関節）	
	拘縮（足関節）	
拘縮（その他）		
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	つかまれば可
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1 ア.	じょくそう	
4-1 イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1 ア.	口腔清潔	
5-1 イ.	洗顔	
5-1 ウ.	整髪	
5-1 エ.	つめ切り	一部介助
5-2 ア.	上衣の着脱	
5-2 イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	一部介助
5-4	金銭の管理	一部介助
5-5	電話の利用	
5-6	日常の意思決定	
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3-ア	意思の伝達	
6-4-ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	
6-5イ.	生年月日をいう	
6-5ウ.	短期記憶	できない
6-5エ.	自分の名前をいう	
6-5オ.	今の季節を理解	
6-5カ.	場所の理解	

行動		調査結果
7 ア	被害的	
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	
7 エ	感情が不安定	
7 オ	昼夜逆転	
7 カ	暴言暴行	
7 キ	同じ話をする	
7 ク	大声を出す	
7 ケ	介護に抵抗	
7 コ	常時の徘徊	ときどきある
7 サ	落ち着きなし	
7 シ	外出して戻れない	
7 ス	1人で出たがる	
7 セ	収集癖	
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	
7 チ	不潔行為	
7 ツ	異食行動	
7 テ	ひどい物忘れ	ときどきある
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスビレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群		調査結果
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群		調査結果
7 ト	こだわり	
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	
7 ヌ	自ら叩く等の行為	
7 ネ	他を叩く等の行為	
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	

C項目群		調査結果
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	ときどきある
7 ム	話がまとまらない	
7 メ	集中力が続かない	ときどきある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
89.5	100.0	69.6	100.0	81.5	94.0	95.6

I ADL	行動障害
2.14点	0.15点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-2) 起床時、膝が痛くて立ちづらいことがある。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-2) 糖尿病のため低血糖になりがちで、起き上がる時には、横に向き手をつかないと起き上がれない。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-1) 糖尿病のため低血糖になりがちで、ふらついて転倒することもあるため、壁につかまって立ち上がっている。

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-2) むせて咳が出ることもある。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) エ. 握力がなく、足の爪切りができていないため、ヘルパーに依頼する予定である。

(5-3) 処方された薬を飲みすぎため、ボーとしたり、ふらつくため、主治医から注意されている。

(5-4) 自分では調理せず、外食したり弁当を買ったりするため(購入時の支払いはできる)、赤字になり借金することがある。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-5) ウ. 調査の直前に何をしていたか忘れて思い出せない。

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(オ) 眠剤を毎日内服している。

(コ) いらいらして落ち着かなくなると自転車に乗り、出かけてまぎらわしている。

(ソ) 昔、放火して家が燃えてしまった。

(チ) 排泄物にさわることはないが、着替えはあまりしない。

(テ) 臀部への筋肉注射をしているが、左右どちらにしたか聞かれても覚えていない。

(ミ) 薬が切れると動けなくなるため、横になって過ごすことがある。

(メ) やる気が起こらず、本や新聞を読んだり、何かしていても集中できず、途中でやめてしまう。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 糖尿病の食事療法が必要であるが、調理しようという意欲や能力がなく、外食や弁当を買って食べている。

(9-3) 自分で掃除や片付けする意欲や能力がなく、ヘルパーに任せている。

(9-4) 着替えをあまりしないため、洗濯はあまりしていない。

(9-5) 自分で風呂にお湯を入れられるが、掃除はできないため、ヘルパーにしてもらっている。

医師意見書

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 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" 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. 統合失調症	発症年月日	(昭和)平成 60年	月 日頃)
2. 糖尿病	発症年月日	(昭和)平成 16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) 17年 12月~平成 18年 1月	(傷病名: 統合失調症、糖尿病)		
2. 昭和(平成) 17年 5月~平成 17年 6月	(傷病名: 統合失調症、糖尿病)		
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 糖尿病のコントロールが不良で精神症状にも波がある。			
(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)			
昭和60年頃より言動にまとまりがなく家で興奮し、母に暴力をふるうようになった。 昭和60年から平成9年まで3回、〇〇に入院している。退院後も他者への暴行などの、行動上の障害があった。平成13年3月~1ヶ月入院した。その後平成13年5月~9月に2回目の入院、退院後は外来通院を続けていた。平成15年6月〇〇を紹介され外来通院し、糖尿病合併や精神症状の悪化などにより、平成17年に2回短期間〇〇へ入院した。その後も糖尿病で精神症状の不安定さをくり返しながら現在服薬外来で治療中。			

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input checked="" type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 _____) <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (無為)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

〈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

失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (_____)

→ 対処方針 (血糖値のコントロールが不良、食事指導が必要)

(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 (血糖のコントロールが良くなる食事指導)

 ・ 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。)

糖尿病を合併しているが、コントロール不良である。平成17年5月には自宅にて4～5日意識不明で近隣の人に発見され、救急病院に搬送され、何とか事なきをえた。週に1～2日のホームヘルプサービスは必要である。

人格水準低下しており、身辺処理もままならず、下着なども一週間交換しないこともある。入浴サービスなども必要。身辺を清潔に保つことと、血糖値のコントロールが重要である。

〈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; 3 能力障害; 3) 〈判定時期 平成 ○年 ○月〉

生活障害評価: (食事; 4 生活リズム; 4 保清; 4 金銭管理; 3 服薬管理; 2

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2) 〈判断時期 平成 ○年 ○月〉

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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) 障害基礎年金等級	1級・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・ 有 （他人介護料無し）・無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>30</u> 回程度（食事（外食）、精神科月2回受診。首・肩・腰・背中・足の痛みがあるため、整形外科へ月の半分程度受診している） 社会活動の参加の状況（なし） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 17年12月～ 18年1月 入院の原因となった病名（統合失調症） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他

VI 就労関連について、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。

・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 就職先があれば、半日くらいの仕事がしたい。

VII 日中活動関連について、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。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 午前中、リハビリのために〇〇へ受診し、首のけん引等を実施している。
 自宅では、TVを見たり音楽を聴いて過ごしている。

VIII 介護者関連について、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。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 市内に兄が居住していて、時々連絡している。

IX 居住関連について、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。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境
 市営住宅5階建ての2階に居住。
 4～5年前から居住（自宅は火事のため消失）。
 3DK。

X その他、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。

居宅介護 家事援助 8時間/月。(週1回水曜日13:30～15:00)
 短期入所 7日/月 まだ利用していない。
 1回に1泊2日程度だが、1ヶ月に2回利用することもある。

区分3 事例1

区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 重度の知的障害に聴覚障害を併せ持つ事例。
- 難聴と知的障害のためコミュニケーションに重い障害があり、また、日々の生活の中の様々な場面でこだわりが認められ見守りや促しが必要である等、より長い介護時間を要すると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左-上肢)		
	麻痺 (右-上肢)		
	麻痺 (左-下肢)		
	麻痺 (右-下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)		
	拘縮 (足関節)		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		見守り等
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		見守り等
身の回り			
5-1ア.	口腔清潔		一部介助
5-1イ.	洗顔		一部介助
5-1ウ.	整髪		全介助
5-1エ.	つめ切り		一部介助
5-2ア.	上衣の着脱		
5-2イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		一部介助
5-5	電話の利用		全介助
5-6	日常の意思決定		特別な場合以外可
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		ほとんど聞えず
6-3-ア	意思の伝達		ほとんど不可
6-4-ア	指示への反応		ときどき通じる
6-5ア.	毎日の日課を理解		
6-5イ.	生年月日をいう		できない
6-5ウ.	短期記憶		できない
6-5エ.	自分の名前をいう		
6-5オ.	今の季節を理解		できない
6-5カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7 ア	被害的		
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		
7 エ	感情が不安定		
7 オ	昼夜逆転		ときどきある
7 カ	暴言暴行		
7 キ	同じ話をする		
7 ク	大声を出す		
7 ケ	介護に抵抗		
7 コ	常時の徘徊		ときどきある
7 サ	落ち着きなし		
7 シ	外出して戻れない		
7 ス	1人で出たがる		
7 セ	収集癖		ある
7 ソ	火の不始末		ときどきある
7 タ	物や衣類を壊す		
7 チ	不潔行為		
7 ツ	異食行動		ときどきある
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	見守り、一部介助
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	見守り、一部介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用	見守り、一部介助

B2項目群		
7 ト	こだわり	ある
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	
7 ヌ	自ら叩く等の行為	
7 ネ	他を叩く等の行為	
7 ノ	興味等による行動	月に1回以上
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	ときどきある

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解	ほとんど不可
7 フ	過食、反すう等	希にある
7 ヘ	憂鬱で悲観的	
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	
7 ム	話がまとまらない	
7 メ	集中力が続かない	
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	80.9	48.9	46.6	86.3

I ADL	行動障害
3.00点	1.10点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-7) 作業所からの帰路、長時間、除草などにこだわり、帰宅が夜7時ごろになることがある。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 一人でできるが洗い残しがある。声かけをしないと1~2時間かかり(→洗身のみでなく入浴全体に時間がかかっている)、声かけによる促しが必要。

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) 注意して見ていないと、好きな副食は他の人の物まで食べたり、店舗(自営)の食べ物まで持ってきて食べる。

(4-6) スポンを便所の外で全部脱いで入ろうとするので注意と見守りが必要。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. しないことがよくあり、声かけが必要。磨きだしたらいつまでも磨いているが、歯の表面だけ。

(5-1) イ. 促さないと洗わない。

(5-1) ウ. 鏡を見ても無関心で母が介助。

(5-1) エ. 爪が伸びても無関心。促すと切るが、深爪になるので母親が見守る。

(5-2) ア. 着るものは母親が用意。寒いときに1枚多く着ることができない。

(5-3) 用意すると自分で飲むが、何の薬かは理解していない。

(5-4) 財布の中に常に千円を入れている。ジュースなどは自分で買う。財布の中身は母親が確認して補充している。

(5-5) 聞こえないので電話として機能していない。

(5-6) こだわりのあることについては本人の意思を感じるが、他のことでは困難。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-2) 感音性難聴のため、音は鮮明に聞こえにくい(76db)。音声は聞こえておらず、太鼓のような振動音は可。

聴覚障害によるコミュニケーション障害が、人間関係や行動面での課題を顕在化している。

(6-3-ア, イ) お腹がすいたときなど母親の顔をのぞきこむ程度。

(6-4) 絵カード、独自の身振りで通じる。文字は認識できない。

(6-5) ア. 絵カードなどを使って理解する。時間は分からない。

(6-5) イ~オ. 音声言語、書き言葉がないため、概念形成ができていなかったり、できていたとしても答えられない。

(6-5) カ. 家と作業所の区別はついていていると思われるが、それ以外の場所はよく理解できていない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア~ヤまで)

(オ) 週に1~2日は、夜の2時まで起きている。

(コ) 自宅近くのバス停から10分程度の距離を1時間半以上うろうろして帰っている。

(セ) ネジ、釘、虫の死骸。

(ソ) 使い捨てライターで火遊びをしていて警察に補導されて、注意している。

(ツ) ネジや釘を口に含む。砂を吸い込む。

(ト) ネジ、釘など。道ばたの草の除草。

(ヌ) 小学校2年頃までは自分の頭を壁に打ち付けていた。

(ノ) 言葉の問題もあると思われるが、作業所の事務所に入ってきて物品を持ち出す。

(フ) 夕食をおなかいっぱい食べても、店で出す食品を食べてしまう。

(ホ) 手洗いでは石けんを泡立てて遊ぶので洗い終わるまでに時間がかかる。作業所で、玄関から更衣室までの間に確認したい場所があり、10分以上かかる。シーツの小さなゴミなどを取り除かないと眠れない。

(メ) 作業中、突然立ち上がってこだわりに関する行動がみられる。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 冷凍食品を電子レンジにかける程度。

(9-3) 声かけをすると掃除機を使う。

(9-4) 洗濯機は使わせていない。干すことはできる。タオルはたためるが服はたためない。

(9-5) 着替えの準備は母親がする。湯加減はできない。長時間入浴するため冷めて風邪をひくことがある。

(9-6) 近くのコンビニなら店員に頼んであるので、お菓子を買に行くことはできる。お金が足りなければ、家族宛に電話をもらうことになっている。

(9-7) 通所に使っているバスは1回分だけの運賃を渡している。バス停でバスを選んで乗ることはできない。〇〇からの帰りは、同じ方面に帰る仲間と一緒にバスを利用。一人では公共交通機関は利用できない。

(9-8) 自分の名前は、形で識別できているようだ。

医師意見書

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 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. 知的障害	発症年月日	(昭和)・平成	54年 5月 ○日頃)
2. 聴覚障害	発症年月日	(昭和)・平成	54年 5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 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 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) 障害は固定した状態で、投薬などはしていません。			

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)	
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 _____)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無	

<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=174.2cm 体重=75.7 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。）

聴力障害 障害4級。

知的障害 重度A。

<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)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・ 4 ・5・6
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) 障害基礎年金等級	1級 ・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し） ・無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）：3~4 回程度（作業所通所を除く） 社会活動の参加の状況（青年学級 1回/2ヶ月） 過去2年間の入所歴：□なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 2001年 6月~ 年 月 入所した施設の種類（知的障害者通所授産施設） 年 月~ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴：<input checked="" type="checkbox"/>なし □あり あり⇒ 入院期間： 年 月~ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月~ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし

具体的に

卒業後の3年間弱、経営者の理解があつてリネン会社で働いていたが、コミュニケーションの問題など、本人を受け止めるのに周囲の人が苦勞している様子が本人と家族に伝わり、心苦しくなって退職した。家族としては、できれば就労してほしいが、困難だと思っている。

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 社会就労センター〇〇。母の仕事の都合で午前11時ごろに本人を送ってくる。
 土・日は母の自営（スナック）の後片付けの手伝いを少し手伝うようだが、無為に過ごすことが多い。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 母子家庭。深夜までの仕事もあり、疲れがとれない。店の関係で就寝が午前3時ごろになるため、身辺処理の細部への介助等、本人に関わる時間がなかなかとれない。自分で起きて作業所へ通所してくれればよいと感じている。母は病気等はないが、本人が病気になって入院した場合等、店を閉めなければならず、収入減に直結する。新しい介護者（ヘルパーなど）では本人が受け入れてくれない可能性が大きく、どうすればいいか対応に苦慮することになる。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）

・ 居住環境

店舗付き住宅で、本人は店舗にも出入りしている。

X その他、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。

（現在、新しい受給者証を発行してもらっていて、手元にないため母の記憶）
 ホームヘルプ 18時間 ショートステイ 7日（従来3日。受給量を増やしてもらっている）
 ホームヘルプ 青年学級参加への支援に利用。
 ショートステイ 昨年度、〇〇（施設）で何回か利用。

区分3 事例2

区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 重度の知的障害で、ほぼ毎日夕食後、3時間程度不安定になり、自傷、奇声など行動障害が見られる事例。
- 飲水量が多く、過食傾向もある。あわせて、聴覚過敏もあり、支援に配慮が必要なことなどから、介護時間が長くなると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果
麻痺拘縮		
1-1	麻痺 (左-上肢)	
	麻痺 (右-上肢)	
	麻痺 (左-下肢)	
	麻痺 (右-下肢)	
	麻痺 (その他)	
1-2	拘縮 (肩関節)	
	拘縮 (肘関節)	
	拘縮 (股関節)	
	拘縮 (膝関節)	
	拘縮 (足関節)	
拘縮 (その他)		
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1 ア.	じょくそう	
4-1 イ.	皮膚疾患	ある
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	一部介助
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1ア.	口腔清潔	
5-1イ.	洗顔	
5-1ウ.	整髪	
5-1エ.	つめ切り	全介助
5-2ア.	上衣の着脱	
5-2イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	一部介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3-ア	意思の伝達	
6-4-ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	
6-5イ.	生年月日をいう	
6-5ウ.	短期記憶	
6-5エ.	自分の名前をいう	
6-5オ.	今の季節を理解	できない
6-5カ.	場所の理解	

行動		調査結果
7 ア	被害的	
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	
7 エ	感情が不安定	ある
7 オ	昼夜逆転	
7 カ	暴言暴行	
7 キ	同じ話をする	ある
7 ク	大声を出す	ある
7 ケ	介護に抵抗	
7 コ	常時の徘徊	ある
7 サ	落ち着きなし	ある
7 シ	外出して戻れない	
7 ス	1人で出たがる	
7 セ	収集癖	
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	ある
7 チ	不潔行為	ある
7 ツ	異食行動	
7 テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスビレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群		調査結果
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	見守り、一部介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	見守り、一部介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	見守り、一部介助

B2項目群		調査結果
7 ト	こだわり	
7 ナ	多動・行動停止	ほぼ毎日
7 ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7 ヌ	自ら叩く等の行為	ほぼ毎日
7 ネ	他を叩く等の行為	
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	希にある
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	

C項目群		調査結果
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7 フ	過食、反すう等	ほぼ毎日
7 ヘ	憂鬱で悲観的	
7 マ	対人面の不安緊張	ある
7 ミ	意欲が乏しい	
7 ム	話がまとまらない	
7 メ	集中力が続かない	ある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	84.1	69.3	93.2	61.5

I ADL	行動障害
4.28点	2.92点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-1) 1. 手、足の爪を噛む行為が日常的にあるため化膿している。

(4-4) 一回の飲水量が多いため声かけが必要。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) エ. 手足の爪、自分で噛んでしまう特異行動あり。切る必要性がない。

(5-3) 自分で時間になると飲むことはできるが見守りは欠かせない。情緒不安定時の頓服は、服薬拒否あり。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3-ア) 本人の要求について、口頭にて単語程度の会話にて意思の表現をする程度。

(6-5) オ. 衣類が季節毎に選べないことからできないものと思われる。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (ア～ヤまで)

(ウ) 部屋の片隅をじっと見つめることが多くあるが、幻覚が見えているかは判断がつかない。

(オ) 睡眠薬服用にて夜間は眠れている。服薬し忘れると不眠となる。

(エ, ク, ニ, ヌ) 平成18年4月頃より、ほぼ毎日、夕食後から3時間程情緒不安定。表情険しく自分の腕を噛む自傷行為、奇声(大声でのうなり声)がある。

(キ) 日常的に同じことを繰り返して聞き返すことがある。

(コ, サ) 日常的に徘徊あり(目的の有無は不明)。

(タ) テレビのリモコン等を噛んで壊す。

(チ) 約1年前に便を手でこねる行為があった。現在、唾、痰、鼻汁を手でこねる行為あり。

(ナ) 日常的に多動で落ち着きがない。

(ヌ) 自分の手、指の皮を剥き血を出す。

(ネ) 壊すほどではないが床を踏み鳴らしたり、壁を叩く行為が、ほぼ毎日夕食後より3時間ほどある。

(ノ) 好意を抱いている人に対しては、顔や体を触る。

(ハ) 人混みや高い声、音に対して大声をあげることがあるため、介助者が配慮をしている。

(フ) 毎食過食傾向のため声かけにより適正量の調整を行っている。

(マ) 基本的に他者との関わりを好まないため、介助者が配慮をしている。

(メ) 日中作業所では、作業に全く集中できないため支援者がマンツーマンで対応している。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-2) 配膳、下膳は声かけの指示にてできる。自分から食器を洗うことも稀にあり。

(9-3, 5) 声かけの指示によりできる。

(9-4) 洗濯機のスイッチ操作は介助者が行う。畳み方が雑なため、介助が必要。

(9-7) 以前はバスを乗り換えて一人で授産所に通うことができていたが、現在の状況は不明。電車は経験がないため介
助が必要。

医師意見書

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 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. 精神遅滞	発症年月日	(昭和) 平成	54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 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 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) 精神遅滞あり。自傷行為、精神運動興奮みられ、平成11年より、当院にて治療。			

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (興奮、自傷)
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 精神遅滞) <input type="checkbox"/> 無	
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (精神科) <input type="checkbox"/> 無	

<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。）

時々、奇声をあげたり、興奮をみる。

強迫傾向あり。

<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; 4 能力障害; 4) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 3 保清; 4 金銭管理; 5 服薬管理; 2

対人関係; 4 社会的適応を妨げる行動; 1) <判断時期 平成 ○年 ○月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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) 障害基礎年金等級	1級・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し） 無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 頻 回程度（買物、通所施設） ・ 社会活動の参加の状況（特になし） ・ 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） ・ 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） ・ その他

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
月～金9：00～16：00通所施設にて木工作業を主として行う。
作業に集中できないため支援員とマンツーマンでの活動。
送迎は事業所送迎バス利用。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
主たる介護者は母親。健康状態は良好。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
父母、弟と同居。
生活上等に不便はないとのこと。
本人が騒いだ時に、近隣の目が気になる。

X その他、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。

自閉的傾向強く、意思表示は本人の要求を口頭にて単語程度で伝えるだけで、会話は成立しない。平成〇年〇月頃より、ほぼ毎日、夕食後から3時間程度表情陰しく奇声（うなり声）、自傷行為（腕を噛む）の特異行動がある。頓服、服薬拒否あり、放っておくしかない状態。原因不明。自宅内でも落ち着きなく終始動き回っている。食べ物の要求がかなり多い。

区分3 事例3

区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 中度の知的障害、広汎性発達障害で、統合失調症を併発している事例。
- 構音障害、吃音のコミュニケーションに障害があり、そのため被害妄想を抱くなど精神症状も不安定で介護を拒む場面もみられる。これらに対応することから、介護時間が長くなると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左-上肢)		
	麻痺 (右-上肢)		
	麻痺 (左-下肢)		
	麻痺 (右-下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)		
	拘縮 (足関節)		
	拘縮 (その他)		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		行っていない
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		
5-1 イ.	洗顔		
5-1 ウ.	整髪		
5-1 エ.	つめ切り		
5-2 ア.	上衣の着脱		
5-2 イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		一部介助
5-5	電話の利用		
5-6	日常の意思決定		特別な場合以外可
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3 ア.	意思の伝達		ときどきできる
6-4 ア.	指示への反応		
6-5 ア.	毎日の日課を理解		
6-5 イ.	生年月日をいう		
6-5 ウ.	短期記憶		
6-5 エ.	自分の名前をいう		
6-5 オ.	今の季節を理解		
6-5 カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7 ア	被害的		ときどきある
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		ときどきある
7 エ	感情が不安定		ときどきある
7 オ	昼夜逆転		
7 カ	暴言暴行		ときどきある
7 キ	同じ話をする		
7 ク	大声を出す		ときどきある
7 ケ	介護に抵抗		ときどきある
7 コ	常時の徘徊		
7 サ	落ち着きなし		
7 シ	外出して戻れない		
7 ス	1人で出たがる		
7 セ	収集癖		
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		
7 チ	不潔行為		
7 ツ	異食行動		
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群		
7 ト	こだわり	
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	月に1回以上
7 ヌ	自ら叩く等の行為	
7 ネ	他を叩く等の行為	
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ときどきある
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	ときどきある
7 ム	話がまとまらない	ときどきある
7 メ	集中力が続かない	ときどきある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	ときどきある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	71.1	100.0	82.9	94.4	86.4

I ADL	行動障害
2.57点	0.78点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 入浴を拒否し、ほとんど入浴をしていない。

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

()

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-2) 衣服は着脱は自分でできるが、衣類の用意は介護者がしないと着ない。

(5-3) 飲み忘れがあり、確認が必要。

(5-4) 少額の使用及び管理のみ可能。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3-1) 意思表示はするが、言語が不明瞭(構音障害)で吃音があるため、伝えようとしているが、なかなか聞き取れない。

(6-4-ア) 指示は通じても、従わないことも多い。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(ア) 言語が不明瞭なため、伝わらなかった人に対して、被害妄想をいただくことがある。

(カ) 介護者に対し、威圧的な言動を行うことがある(薬でよくなってきているとのこと)。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() ○○病院に定期通院。月に1度。

() 以前長期に入院していたが、その時の疾病名はわからないとのこと。統合失調症と推測される。

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-3) 掃除は、言われれば行すが、同じ所ばかり掃除をしている。そのため、いつもやり直しを介護者がする。

(9-4) 洗濯は全く行うことはない。自分がすることではないと決めている様子。

(9-5) 入浴をしていない様子ではあるが、推測すると自分では用意できないが、用意するものを指示するとできるのでは。

医師意見書

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 同意する。 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 checked="" 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 checked="" 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. 広汎性発達障害	発症年月日	(昭和)・平成	30年	5月	○日頃)
2. 統合失調症	発症年月日	(昭和)・平成	51年	○月	○日頃)
3. 精神遅滞(中度)	発症年月日	(昭和)・平成	30年	5月	○日頃)
入院歴(直近の入院歴を記入)					
1. (昭和)・平成	53年	3月~	54年	8月	(傷病名: 統合失調症)
2. (昭和)・平成	55年	7月~	平成7年	1月	(傷病名: 統合失調症)
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 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) 構音障害が著しく、会話は困難で、常同行為がめだつ。 パターン化した生活を続けていて、望んでいないことがあると母親を責めたり叩いたりする。不自然な行動が目立ち、対人関係は作れず、孤立している。 生活能力も低く、母の介護を受けて生活しているが、母が入院して一人になり生活が困難となって施設にショートステイした。					

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 上記の通り) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害(短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input checked="" type="checkbox"/> その他(上記の通り)					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院) <input type="checkbox"/> 無					

<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=165 cm 体重=80 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。）

中度の精神遅滞を伴う、広汎性発達障害があり、生活能力はきわめて低く、一人ぐらしが困難である。社会性の障害とコミュニケーション能力の障害のため適切に援助を求められないうえ、被害的となりやすく、援助を拒むこともある。訪問看護とホームヘルプサービスによる在宅支援が必要であり、それでも生活を維持できない。時々、グループホーム等への入所も考える必要がある。

<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；5 能力障害；3) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価：(食事；4 生活リズム；4 保清；4 金銭管理；4 服薬管理；4

対人関係；5 社会的適応を妨げる行動；2) <判断時期 平成 ○年 ○月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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) 障害基礎年金等級	1級・(2級)
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	(有) (他人介護料有り)・有 (他人介護料無し)・無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）：<u>2</u>日に<u>1</u>回程度 社会活動の参加の状況（なし ） 過去2年間の入所歴：<input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴：<input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：平成18年 5月～ 18年 6月 入院の原因となった病名（統合失調症？ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に
労働に対する意欲はみられない。

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
特にサービスは受けていない。自宅で何もせずに過ごしている。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
介護者の母親は要介護1とのこと。ヘルパーを週2回利用しているが、断ることも多い。他人が家に入ることを嫌う傾向がある。また、認知症やうつ病もあるとのこと。介護者の家事能力は低く、同じものを何日も食べたりしているとのこと。
上記は、〇〇さんの姉より聞き取りした内容である。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
2DKの部屋に母親と2人で生活。かなり古いアパートである。本人は用事がない限り外出しないし、母親の手伝いも殆どしない。

X その他、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。

母親の介護や健康状態を考えると、母親や姉は入所施設を希望している。しかし、本人は入所施設には行きたくないと話している。
しかし、高齢の母親と2人で生活は限界にきているように感じる。訪問したときは20分くらいずっとひげそりをしている。
言葉は不明瞭でかつ訥音があるため、意思是伝えにくく、聞いていてもよくわからない。

区分3 事例4

区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- パニック障害とアルコール依存症の事例。
- 現在断酒を続けているが、アルコールに対する精神依存が引き続きみられることに伴う対応を要すること、対人恐怖が強く、頻回に動悸、胸苦、過呼吸を伴うパニック発作が出現し、外出困難となること、しばしば食事摂取も困難となるなど、状態悪化時のサポートを要すること、身近の世話の必要な時に援助を求めることが困難であり、指示や声かけ、見守りなどを要し、より長い介護時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分2 36.0分	プロセスⅡ 区分2	2次判定 区分3	有効期間 1年	食事 0.7分	排せつ 0.5分	移動 1.0分	清潔 保持 4.2分	間接 14.7分	行動 4.3分	機能 訓練 1.5分	医療 関連 9.1分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	------------	-------------	------------	------------------	-------------	------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群		調査結果
麻痺拘縮		
1-1	麻痺（左-上肢）	ある
	麻痺（右-上肢）	
	麻痺（左-下肢）	
	麻痺（右-下肢）	
	麻痺（その他）	
1-2	拘縮（肩関節）	
	拘縮（肘関節）	
	拘縮（股関節）	
	拘縮（膝関節）	
	拘縮（足関節）	
	拘縮（その他）	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1 ア.	じょくそう	
4-1 イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1ア.	口腔清潔	
5-1イ.	洗顔	
5-1ウ.	整髪	
5-1エ.	つめ切り	
5-2ア.	上衣の着脱	
5-2イ.	ズボン等の着脱	全介助
5-3	薬の内服	
5-4	金銭の管理	
5-5	電話の利用	
5-6	日常の意思決定	特別な場合以外可
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3-ア	意思の伝達	
6-4-ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	
6-5イ.	生年月日をいう	
6-5ウ.	短期記憶	
6-5エ.	自分の名前をいう	
6-5オ.	今の季節を理解	
6-5カ.	場所の理解	

行動		調査結果
7 ア	被害的	ある
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	ある
7 エ	感情が不安定	ある
7 オ	昼夜逆転	ある
7 カ	暴言暴行	
7 キ	同じ話をする	
7 ク	大声を出す	
7 ケ	介護に抵抗	
7 コ	常時の徘徊	
7 サ	落ち着きなし	
7 シ	外出して戻れない	
7 ス	1人で出たがる	
7 セ	収集癖	
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	
7 チ	不潔行為	
7 ツ	異食行動	
7 テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスビレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群		調査結果
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	
9-6	買い物	見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用	見守り、一部介助

B2項目群		調査結果
7 ト	こだわり	
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7 ヌ	自ら叩く等の行為	希にある
7 ネ	他を叩く等の行為	
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	

C項目群		調査結果
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7 マ	対人面の不安緊張	ある
7 ミ	意欲が乏しい	ある
7 ム	話がまとまらない	ときどきある
7 メ	集中力が続かない	
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	84.2	100.0	82.5

I ADL	行動障害
2.14点	0.71点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-1) 長期にわたって飲酒を続けた結果として手の震え、足の重さを感じる。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-3) 大量服薬してしまうことがある。大量服薬を防ぐために薬を飲まないことがある。常に残薬量の不安が頭にある。

このため、常に主治医やケースワーカーなどから気をつけるように言われている。飲む量が一定しない。

(5-6) 必要時に援助を求めることが困難である。例えば、病状が思わしくない場合、診療予約日を変更して早目に受診

するといった判断が有り得るが、予約日までひたすら我慢してしまう。ワーカーの指示のもと、はじめて変更の連絡を病院へ入れることができる。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (ア～ヤまで)

(ア) 病状が悪い時は、周囲に自分は嫌われていると思いがちになり、被害的となる。敵に思えてくる。

(ウ) 室内のエアコン付近に虫が見える(幻覚)。特に調査日より1週間ほど前から毎日である。

(エ) 自分は若いのに1日中ボーッと過ごしてしまうことに自責の念を持ち、ふと泣いてしまい、感情が不安定となる。感情失禁してしまいがち。

(オ) 寝ている時間は長い、ぐっすり眠った気がしない。途中で目が覚める。

(ニ) 対人恐怖により過呼吸発作をおこす。動悸、大量服薬あり。

(ヘ) (エ)に同じ。気分が憂うつで悲観的になると、周囲が話しかけても思考が中断しがちで、会話が途切れる。

(マ) 決まった場所、慣れている場所にしか、外出ができない。対人恐怖により、近くの商店街(アーケード)は歩くこともできず、出入りできる店は近くのコンビニのみである。このため、服は、施設を退所してから5年以上買い足していない。買い物したくないため、食事は夜に一度コンビニ食である。

(ミ) 断酒会にはかろうじて行くが、それ以外はずっと一日中横になっている。何もない日は1日家にいて、なるべく外出しない。

(ム) (ヘ)に同じ。話にまとまりがなくなる。話題が広がってしまう。

(ヤ) (ア)に同じ。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 献立を立てることができない。1つ1つの段どりは指示があればできる。

(9-3) 室内の書類整理はヘルパーと共に行う。

(9-6) 7-マに同じ。

(9-7) 地下鉄に乗ると電車に吸い込まれそうな感覚になる。乗車時は対人恐怖。

医師意見書

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 _____		電話 () _____		
医療機関名 _____		FAX () _____		
医療機関所在地 _____				
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. パニック障害	発症年月日	(昭和)・平成	50年	月 日頃)
2. アルコール依存症	発症年月日	(昭和)・(平成)	〇年	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 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明				
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) パニック発作。				
(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)				
幼少時より、パニック発作の出現をみた。平成3年～平成6年通院。徐々に外出困難となり退職。飲酒量増大し、コントロール喪失。診療所の紹介で、平成14年12月〇日当院初診。以後、外来通院。				

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)					
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 パニック発作) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

〈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などご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。）

対人恐怖強く、頻回に、動悸、胸苦、過呼吸などのパニック発作が出現し、外出も困難な状態。

食事摂取も、しばしば困難となる。

アルコールに対する精神依存は認めるが、現在、断酒を続けている。

〈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；4 能力障害；4) (判定時期 平成〇年〇月)

生活障害評価：(食事；4 生活リズム；4 保清；3 金銭管理；3 服薬管理；2

対人関係；3 社会的適応を妨げる行動；2) (判断時期 平成〇年〇月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名 ()			電話	- - 調査対象者との関係 ()

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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・ <u>2級</u> ・3級
5) 障害基礎年金等級	1級・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り） <u>有</u> （他人介護料無し）・無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>24</u> 回程度 社会活動の参加の状況（週6日断酒会などのミーティングに参加している。） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 以前の就労経験を活かし、プログラマー、SEなど。

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ミーティング）
- ・ 日中は、〇〇の仲間から依頼された書類づくりを主に行っている。夜間は週6日のミーティングに通っている。
- ・ 土曜日は2時間ホームヘルプを利用している。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 親兄弟は市内在住だが、5年以上疎遠となっている。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
 駅から平坦な道を歩いて5分程度のところに自宅がある。周囲は、昔の商店街の名残りがあり、自宅のそばには、クリニックや商店などが点在する。バスも通るが比較的静かな環境である。自宅は階段を昇った3階にあり、ワンルームである。

X その他、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。

- ・ ミーティングには、どんなに体調・病状がすぐれなくても週6日通い続けている。酒・薬を断つために「命より大事」とくり返し自分に言いきかせている。

区分3 事例5

区分変更: 区分1 → 区分3

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 気分変調症を発症した事例。
- 特記事項及び医師意見書から症状の不安定性があり、入浴は自らの決意では10日に一度がやっとであるなど日常生活面での支障が大きいこと、昼夜逆転がみられ、夜間における支援を要すること、不安定な状態になると暴言や大声を出すなど行動上の障害も顕著であり、こうした状況への対応が必要なこと、また、希死念慮もみられ、こうした状況下での対応を要することなど、より長い介護時間を要すると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果
麻痺拘縮		
1-1	麻痺（左-上肢）	
	麻痺（右-上肢）	
	麻痺（左-下肢）	
	麻痺（右-下肢）	
	麻痺（その他）	
1-2	拘縮（肩関節）	
	拘縮（肘関節）	
	拘縮（股関節）	
	拘縮（膝関節）	
	拘縮（足関節）	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1 ア.	じょくそう	
4-1 イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1 ア.	口腔清潔	
5-1 イ.	洗顔	
5-1 ウ.	整髪	
5-1 エ.	つめ切り	
5-2 ア.	上衣の着脱	
5-2 イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	
5-4	金銭の管理	
5-5	電話の利用	
5-6	日常の意思決定	
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3-ア	意思の伝達	
6-4-ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	
6-5イ.	生年月日をいう	
6-5ウ.	短期記憶	
6-5エ.	自分の名前をいう	
6-5オ.	今の季節を理解	
6-5カ.	場所の理解	

行動		調査結果
7 ア	被害的	
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	
7 エ	感情が不安定	ある
7 オ	昼夜逆転	
7 カ	暴言暴行	ときどきある
7 キ	同じ話をする	
7 ク	大声を出す	ときどきある
7 ケ	介護に抵抗	ときどきある
7 コ	常時の徘徊	
7 サ	落ち着きなし	
7 シ	外出して戻れない	
7 ス	1人で出たがる	
7 セ	収集癖	
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	
7 チ	不潔行為	
7 ツ	異食行動	
7 テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスビレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群		調査結果
9-1	調理	
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	
9-6	買い物	見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用	

B2項目群		調査結果
7 ト	こだわり	ある
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	
7 ヌ	自ら叩く等の行為	
7 ネ	他を叩く等の行為	
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	

C項目群		調査結果
6-3-イ	独自の意味伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7 マ	対人面の不安緊張	ときどきある
7 ミ	意欲が乏しい	
7 ム	話がまとまらない	
7 メ	集中力が続かない	
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	100.0	100.0	89.7

IADL	行動障害
0.85点	1.10点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 入浴ができない。10日に1度入るのがやっと。入浴するのに決心が必要とのこと。洗身は可能。

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) 食欲不振。内容の偏りがあり栄養バランスが悪い。食材選びのアドバイス等が必要。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

()

()

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

()

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(エ) 不安定な状態になるとマイナス思考で悲観的になり、身体的にも低下する。

(カ) 感情的になり暴言や大声を出すことがある。

(ケ) 助言等は聞いてはおり、その場では納得するが、自分の考えから抜け出せない。

(ト) 自分の意に添わずトラブルのあった人に対して執拗に執着して攻撃的になる。

(ヘ) 悲観的になり陸橋に立ち自殺未遂の行動をとったことがあった。

(マ) 多くの人の集まる場所や買い物等に行く時に緊張が強くなり、ひとりで行動できない時がある。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) おそばを作る、魚を焼くくらいで、あとはレトルト食品ですませる。包丁等を使う調理は、ほとんどしない。

(9-3) 週1回のホームヘルプサービス利用時に一緒に行く。ひとりではできない。やらなければならないほど身体が動かなくなるとのこと。

医師意見書

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 _____		電話 () _____		
医療機関名 _____		FAX () _____		
医療機関所在地 _____				
(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 checked="" type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. 気分変調症	発症年月日	(昭和・平成)	4年	6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	17年	4月～	17年	5月 (傷病名: 反応性精神病、自殺未遂)
2. 昭和・平成	17年	7月～	17年	8月 (傷病名: 反応性精神病)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明				
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 精神状態が非常に不安定で、自殺念慮が出没する。				
(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)				
平成4年6月頃より食欲不振、抑うつ気分、不眠で〇〇病院受診。同年10月～11月入院。				
以後、数回の入退院を繰り返している。自殺未遂、自殺念慮で消耗している。				

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)				
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
(有の場合) → <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊				
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()				
(2) 精神・神経症状の有無				
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 抑うつ、自殺念慮、不眠) <input type="checkbox"/> 無				
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行				
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害				
<input type="checkbox"/> その他 ()				
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (精神科) <input type="checkbox"/> 無				

<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 (見守りを要す。)

(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 (栄養指導を要す。)

・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。)

障害基礎年金診断書の写しから抑うつ気分、希死念慮、不眠等があることを確認。

<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; 4 能力障害; 4) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価:(食事; 3 生活リズム; 4 保清; 3 金銭管理; 3 服薬管理; 2

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 3) <判断時期 平成 ○年 ○月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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) 障害基礎年金等級	1級・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・ 3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ 無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>15</u> 回程度 ・ 社会活動の参加の状況（デイケア2回/W）（ ） ・ 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） ・ 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 17年 7月～17年 5月 入院の原因となった病名（飛び降り自殺を図ろうとした） 17年 7月～17年 8月 入院の原因となった病名（病状悪化 食欲不振 抑うつ感等） ・ その他

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 経済的理由もあり就労は希望しているが、通勤ができないので、自宅での仕事を探している。

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 デイケアに週2回 ホームヘルプ週1回利用。
 ひとりで買い物ができない。掃除ができない。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 母は特養入所中。
 妹は海外在住。
 単身生活。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
 アパート単身生活。

X その他、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。

デイケアに通所するようになり、ひとりでの外出もできるようになってきた。通院も定期的にできるようになってきているが、精神面の躁鬱の波が激しい。依存傾向もあるので、関係者の統一した対応が必要。

区分4 事例1

区分変更: 区分3 → 区分4

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 重度の知的障害と心因反応症状のある事例。
- あせりや脅迫的な状態にあるとき興奮し物を投げたり奇声を発したり蹴ったりする。スケジュールや支援者に対する強いこだわりなどもあることから、介護に時間が長くなると判断し、区分4に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分3 54.9分	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分4	有効期間 3年	食事 0.7分	排せつ 8.7分	移動 5.5分	清潔 保持 9.2分	間接 14.7分	行動 7.6分	機能 訓練 2.8分	医療 関連 5.7分

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺（左-上肢）		
	麻痺（右-上肢）		
	麻痺（左-下肢）		
	麻痺（右-下肢）		
	麻痺（その他）		
1-2	拘縮（肩関節）		
	拘縮（肘関節）		
	拘縮（股関節）		
	拘縮（膝関節）		
	拘縮（足関節）		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		見守り等
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		一部介助
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		ある
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		見守り等
4-4	飲水		見守り等
4-5	排尿		見守り等
4-6	排便		見守り等
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		一部介助
5-1 イ.	洗顔		一部介助
5-1 ウ.	整髪		一部介助
5-1 エ.	つめ切り		一部介助
5-2 ア.	上衣の着脱		見守り等
5-2 イ.	ズボン等の着脱		見守り等
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		全介助
5-5	電話の利用		一部介助
5-6	日常の意思決定		特別な場合以外可
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3-ア	意思の伝達		ときどきできる
6-4-ア	指示への反応		
6-5ア.	毎日の日課を理解		できない
6-5イ.	生年月日をいう		
6-5ウ.	短期記憶		できない
6-5エ.	自分の名前をいう		
6-5オ.	今の季節を理解		できない
6-5カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7 ア	被害的		
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		
7 エ	感情が不安定		ある
7 オ	昼夜逆転		ある
7 カ	暴言暴行		ある
7 キ	同じ話をする		ある
7 ク	大声を出す		ある
7 ケ	介護に抵抗		ときどきある
7 コ	常時の徘徊		ある
7 サ	落ち着きなし		ある
7 シ	外出して戻れない		ある
7 ス	1人で出たがる		ときどきある
7 セ	収集癖		ときどきある
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		ある
7 チ	不潔行為		ある
7 ツ	異食行動		
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		調査結果	
9-1	調理		全介助
9-2	食事の配下膳		全介助
9-3	掃除		全介助
9-4	洗濯		全介助
9-5	入浴の準備片付け		全介助
9-6	買い物		全介助
9-7	交通手段の利用		全介助

B2項目群		調査結果	
7 ト	こだわり		ある
7 ナ	多動・行動停止		ほぼ毎日
7 ニ	不安定な行動		ほぼ毎日
7 ヌ	自ら叩く等の行為		ほぼ毎日
7 ネ	他を叩く等の行為		週に1回以上
7 ノ	興味等による行動		月に1回以上
7 ハ	通常と違う声		日に1回以上
7 ヒ	突発的行動		希にある
7 ホ	反復的行動		ある

C項目群		調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達		ときどきできる
6-4-イ	説明の理解		ときどきできる
7 フ	過食、反すう等		
7 ヘ	憂鬱で悲観的		ときどきある
7 マ	対人面の不安緊張		
7 ミ	意欲が乏しい		
7 ム	話がまとまらない		ある
7 メ	集中力が続かない		ある
7 モ	自己の過大評価		
7 ヤ	疑い深く拒否的		
9-8	文字の視覚的認識		

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	90.8	100.0	59.9	45.5	75.7	40.3

IADL	行動障害
6.00点	4.97点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-3) 座位保持は可能だが、精神的に落ち着きがない時等、じっと座ってられないことが多い。

(2-7) 通所場面で時折、バスを乗りつき登所が遅れる等あり。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-1) Ⅰ. 精神的に不安定な時等、できた傷が気になり、さわり続け悪化させてしまうことが多い。

(4-3) 食べこぼしや、適量など見守り必要。

(4-5) 尿意に応じて適切に対応できず、失敗がよくみられるため。声かけが必要。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ウ. 髪にくしは通せるが、こざれいに整えることはできない。

(5-1) エ. つめを切ることは可能でも、角なく適切に始末はできない。

(5-2) ア. Ⅰ. 共に前後逆、2枚ばき等、確認できず着てしまい、そのことに気づかずにいることが多く、見守り必要。

(5-3) 時間・量等適切に判断できない。

(5-4) 金銭価値等理解できておらず、管理できない。

(5-5) 携帯電話で、特定の人(親)への連絡(かける・うける)は可能。

(5-6) 日常場面においても、まわりの人の意見に流され、本意でない決定をしてしまうことも多い。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-1, 2) 機能的には問題なし。ただし、注意して見る・聞く等については、難しく、見えない・聞こえない等のことが多い。

(6-3-ア, Ⅰ) 意思伝達は言語でまれに本意を伝えることができるが、表現できないことが多く、靴を投げたり、奇声を発したりする。

(6-4-Ⅰ) より正確な理解や注意を得るためにカード使用することがある。

(6-5) ア. スケジュール表の提示をしても、何度もくり返し聞きに来たりすることが多い。

(6-5) ウ. 時間の流れを正確に理解し振り返ることは難しく、適切に答えられない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(エ, カ, キ, ク, コ, サ) 精神的に①あせりや、②強迫的な状態、③嫌な作業をしている時等。特に①②の状況が多く反社会的な行動(物投げ、奇声、ける)等に出る。落ち着いて座ることもままならず、トイレ等頻繁に動きまわってしまう。

(シ, ス, ソ) 単独で行動することの経験がない。また火元などに近づけないようにしている。

(チ) 鼻をつねにほじっている。

(ト) スケジュールやその日の対応、職員が誰であるかについて自閉症特有の強いこだわりがある。1回に数えられないほど聞いてくる。

(ヘ, ホ) 時々不安が高まり、泣いてしまったり、起きることができないことがある。また、活動に支障があることも多い(歩きまわる、頻尿、意欲低下などがみられる)。

(ム) 話はあるが、理解力が十分とはいえず、複雑な内容は理解できない。

(メ) 集中力に欠け、作業や会話などに集中できない。またすぐに気が散ってしまう。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-8) 簡単なひらがなや名前、日常よく目にする文字 (e x . 病院、外作業、納品、お休みなど…) は読むことができるが、使用はできない。

医師意見書

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 _____		電話 () _____		
医療機関名 _____		FAX () _____		
医療機関所在地 _____				
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. <u>精神発達遅滞</u> 発症年月日 (昭和・平成) 51年 11月 日頃) 2. <u>心因反応</u> 発症年月日 (昭和・平成) 18年 2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 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) ささいなストレスで、情緒不安定となる。				
(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) 作業所通所中であるが、対人関係などのストレスで情緒不安定、奇異な行動、強迫行動等が出現する。				

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (興奮)				
(2) 精神・神経症状の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 心因反応) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (興奮) ・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院) <input type="checkbox"/> 無				

<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。）

精神発達遅滞を認め、社会生活機能障害があるため、適時、支援、保護を要する状態である。

<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；4 能力障害；3) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価：(食事；2 生活リズム；3 保清；4 金銭管理；4 服薬管理；4

対人関係；4 社会的適応を妨げる行動；4) <判断時期 平成 ○年 ○月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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) 障害基礎年金等級	1級・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・(無)

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 8 回程度 ・ 社会活動の参加の状況（現在なし）（ ） ・ 過去2年間の入所歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間：平成9年4月～ 年 月 入所した施設の種類（知的障害者通所授産施設） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） ・ 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） ・ その他

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
知的障害者通所授産施設を月～金の日中利用。土・日は、ヘルパーとのプールや、両親（特に母と買物等）と出かけている。月～金は昼は施設給食。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境

X その他、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。

- ・ 言語性が優位であるが、その理解力は低く、抽象的な概念理解や、先の予定など、言葉には出してもその内容は伴っていないことが多い。
- ・ 注意力が散漫で、物事への集中が続きにくい。
- ・ 環境の変化に弱く、不安が高まる。また、気になることがあると、同じことでも繰り返し聞いてしまう。

区分4 事例2

区分変更: 区分2 → 区分4

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 中度の知的障害、反復性うつ病で、不快気分が著しい時に易怒的で興奮状態となる事例。
- グループホームで、世話人のちょっとした話しかけを曲解したり、自分の思いが受容されないと包丁を振り回したり、謝るまで許さないため、世話人が何人も退職する状況があり、さらに昼夜逆転による引きこもりも月1回程度ある。これらに対応し、また本人の訴えを傾聴し本人に分かりやすい支援を行う必要があることから、介護時間が長くなると判断し、区分4に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左-上肢)		
	麻痺 (右-上肢)		
	麻痺 (左-下肢)		
	麻痺 (右-下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)		
	拘縮 (足関節)		
	拘縮 (その他)		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		
5-1 イ.	洗顔		
5-1 ウ.	整髪		
5-1 エ.	つめ切り		
5-2 ア.	上衣の着脱		
5-2 イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		一部介助
5-5	電話の利用		一部介助
5-6	日常の意思決定		特別な場合以外可
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3-ア	意思の伝達		ときどきできる
6-4-ア	指示への反応		
6-5ア.	毎日の日課を理解		
6-5イ.	生年月日をいう		
6-5ウ.	短期記憶		
6-5エ.	自分の名前をいう		
6-5オ.	今の季節を理解		
6-5カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7 ア	被害的		ときどきある
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		
7 エ	感情が不安定		ある
7 オ	昼夜逆転		ある
7 カ	暴言暴行		ときどきある
7 キ	同じ話をする		ある
7 ク	大声を出す		ときどきある
7 ケ	介護に抵抗		ある
7 コ	常時の徘徊		
7 サ	落ち着きなし		ある
7 シ	外出して戻れない		
7 ス	1人で出たがる		
7 セ	収集癖		
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		ときどきある
7 チ	不潔行為		
7 ツ	異食行動		
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群		
7 ト	こだわり	ある
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	週に1回以上
7 ヌ	自ら叩く等の行為	
7 ネ	他を叩く等の行為	希にある
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	希にある
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	ときどきある

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	ときどきできる
6-4-イ	説明の理解	ときどきできる
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7 マ	対人面の不安緊張	ある
7 ミ	意欲が乏しい	ある
7 ム	話がまとまらない	ときどきある
7 メ	集中力が続かない	ときどきある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	77.7	94.4	68.9

IADL	行動障害
0.85点	2.60点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-3) 精神的に不安定になると、眠剤をくれるよう夜間世話入室に何度もくる。薬が少なくなるとそのこと自体が不安定の要因となっているようだ。

(5-4) 小遣いは自己管理しているが、年金やホームの負担金の銀行からの出し入れは困難で、世話人が代行。

(5-5) 電話は使えるが、不安定になると、夜遅くからでも話を聞いてもらいたくて、リタイアした担当医などに長時間電話をする。このため、迷惑になることやグループホームの業務に差し支えることを話し制限する必要がある。そのことが世話人との軋轢になる。

(5-6) 不安定になると、世話人への依存が高まり、選択を委ねる。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3-ア, 1) 言語によらないで、相手を威圧するような表情や行動で意思を表現し、伝える。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (ア～ヤまで)

(ア) 仲間に金品を盗まれたといつまでも訴え続けたり、世話人が他の利用者と会話していると、必ず介入し話を自分の方に持って行こうとする。待つようにいって、自分はのけ者にされていると強い調子で不満をなげかけたりする。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 土・日はインスタントラーメンを作っている。日常は声かけで、できることもあると思われるが、些細なことにひっかかり、トラブルとなるため、声をかけられない。

(9-3) 部屋の中は真っ暗で散らかっており、声かけでできることもあると思われるが、9-1と同じ理由で、できていない。

() 毎月2～3回の精神的不安定が行動面で様々な問題を顕在化させている。グループホームでは、世話人のちょっとした話しかけを曲解したり、自分の思いを全面受容されない場合、それが許せなく過去には包丁を振り回したり、最近でも食器を投げつけたりの行動が見られ、謝るまで許さない(それ以降も、その問題をことある毎に持ち出したりする)。そのため世話人が何人が退職せざるをえなくなった状況がある。障害が重いホームの仲間に対しては、気に掛けるという一面もあるが、それ以外の仲間に対してはほとんど世話人と同じ対応がみられる。そうした反面、自分の着る衣類も選べないなど世話人への極度の依存もある。そうした周期には、昼夜逆転し、朝起きられず、作業所へ通所できなくなり、自室への引きこもり状態になる。

医師意見書

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 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input checked="" 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. うつ病 (反復性)	発症年月日	(昭和・平成) 16年 5月 ○日頃)	
2. 知的障害	発症年月日	(昭和・平成) 16年 5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) (非定型精神病 (S53年12月○日開始) の診断は上記のように、H○年○月○日に変更した)			
1. 昭和・平成 11年 6月～ 11年 ○月 (傷病名: 非定型精神病)			
2. 昭和・平成 16年 11月～ 17年 1月 (傷病名: うつ病 (反復性))			
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 主として対人関係の障害から気分は不安定となり、抑うつ的となったり易怒的となったりする。			
(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)			
知的障害に基づく理解の悪さに加え、対人関係の障害等から、気分が変動し、その結果、抑うつ気分や不安を呈し、不眠が生じる。特に不安が著しい場合は、易怒的となり、時に興奮状態となる。気分障害が認められる時期には、作業所やグループホームへ適応困難となる。 このため、薬物療法ならびに傾聴を主体とし、適時生活指導を与えるといった形の精神療法を継続している。			

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 抑うつ気分、不快気分 (時に易怒性)) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

<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=154 cm 体重=44 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。)

対人関係の障害を改善する目的で、まず本人の訴えを傾聴し、必要に応じて、わかり易い生活上のアドバイスを与えることが望ましい。

加えて、病院・作業所・グループホームの職員ならびに本人との相互理解を適正に行う必要性が高いので、適時、関係者をまじえた面談が必要となる。

<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; 3 能力障害; 3) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価: (食事; 2 生活リズム; 3 保清; 4 金銭管理; 4 服薬管理; 3

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2) <判断時期 平成 ○年 ○月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	（ ）歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -				電話	- -
家族等連絡先	〒 -				電話	- -
	氏名（ ）		調査対象者との関係（ ）			

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

障害種別	等級および程度区分			
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6			
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	ⓑ	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) 障害基礎年金等級	1級・ⓐ級			
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級			
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・ⓑ（他人介護料無し）・無			

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 2 回程度（作業所通所は除く） ・ 社会活動の参加の状況（ ） ・ 過去2年間の入所歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（○○作業所） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（○○作業所） ・ 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 16年 11月～ 年 月 入院の原因となった病名（不眠・精神症状3週間） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） ・ その他
--

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
共同作業所へ通所しているが、精神的に不安定な状態になると、通所できなくなり、グループホームの自室で日中でもうたた寝して過ごす。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり（グループホーム世話人）
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境

X その他、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。

ホームヘルプ 身体介護 11時間 外出（身体を伴わない） 8時間。
ショートステイ 7日。
共同生活援助

精神的に安定している時は、〇〇の利用をすることはあるが、不安定になると、依頼しても部屋にヘルパーを入れなかったり、部屋から出てこないことがある。通院時は利用。

区分4 事例3

区分変更: 区分3 → 区分4

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症した事例。
- 部屋から一歩も出ることができない、風呂に何年も入っていないなど身の回りのことは全くできない（姉が実施）など、日常生活面での積極的な支援を要すること、行動上の障害も著しく、粗暴行為もみられる、こうした状態への支援を要することなど、より長い介護時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分4に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分3 50.4分	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分4	有効期間 1年	食事 3.1分	排せつ 12.4分	移動 8.8分	清潔 保持 14.0分	間接 4.1分	行動 0.4分	機能 訓練 1.9分	医療 関連 5.7分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	------------	--------------	------------	-------------------	------------	------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左-上肢)		
	麻痺 (右-上肢)		
	麻痺 (左-下肢)		
	麻痺 (右-下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)		
	拘縮 (足関節)		
	拘縮 (その他)		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		行っていない
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		ある
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		一部介助
4-6	排便		一部介助
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		全介助
5-1 イ.	洗顔		全介助
5-1 ウ.	整髪		全介助
5-1 エ.	つめ切り		全介助
5-2 ア.	上衣の着脱		
5-2 イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		全介助
5-4	金銭の管理		全介助
5-5	電話の利用		全介助
5-6	日常の意思決定		日常的に困難
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3 ア	意思の伝達		
6-4 ア	指示への反応		
6-5 ア.	毎日の日課を理解		
6-5 イ.	生年月日をいう		できない
6-5 ウ.	短期記憶		できない
6-5 エ.	自分の名前をいう		できない
6-5 オ.	今の季節を理解		できない
6-5 カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7 ア	被害的		
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		ある
7 エ	感情が不安定		
7 オ	昼夜逆転		
7 カ	暴言暴行		ときどきある
7 キ	同じ話をする		
7 ク	大声を出す		
7 ケ	介護に抵抗		ある
7 コ	常時の徘徊		
7 サ	落ち着きなし		
7 シ	外出して戻れない		
7 ス	1人で出たがる		
7 セ	収集癖		
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		
7 チ	不潔行為		
7 ツ	異食行動		
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群		
7 ト	こだわり	
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	
7 ヌ	自ら叩く等の行為	
7 ネ	他を叩く等の行為	
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	ときどきできる
6-4-イ	説明の理解	
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	
7 マ	対人面の不安緊張	ある
7 ミ	意欲が乏しい	ある
7 ム	話がまとまらない	
7 メ	集中力が続かない	
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	71.1	76.2	24.3	68.4	88.2

I ADL	行動障害
5.14点	0.47点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 精神的理由により、部屋から出ることができないため何年も入浴できていない。

()

4 身の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-1) イ. 入浴していないため、毛穴から菌が入り右足首に水や膿がたまり腫れている。往診で2日に1回消毒し、水や膿を抜いている。

(4-5, 6) 排尿、排便は自分でできるが、トイレが共同で部屋の外にあるため、ポータブルトイレを使用。後始末に介助が必要である。

5 身の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) 精神的理由により自分では全くする意思がなく、すべて姉が行っている。

(5-3) 服薬に抵抗があり、姉がお茶に混ぜて飲ませている。

(5-6) 殆どのことに対して拒否的であり、妥当でない意思決定判断をすることがある。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3-イ) 「わかった」「了解」の時は手を挙げる。「嫌なとき」は手を叩くことがある。

(6-5) イ～オ. 質問されたことに対して反応がない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (ア～ヤまで)

(ウ) 毎日、目の前に何かがあるかのようになぐる真似をする。

(カ) 嫌なことを言われたとき等、殴り掛かろうとすることがある。

(ケ) 清拭や入浴など促すと、殴りかかろうとし抵抗する。

(ソ) 本人は火を使うことが全くない。

() 部屋から一步も出ることができない。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-3, 4) 掃除や洗濯は全くしようとせず、言葉かけにも応じようとはしない。

(9-6, 7) 部屋から出ることができず、一連の行為はできない。

医師意見書

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	<input checked="" 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 checked="" 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. 統合失調症 発症年月日 (昭和)・平成 40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) 15年 5月～ 15年 7月 (傷病名: 統合失調症) 2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 服薬不規則にて、情緒不安定 (易怒的となりうる)。
(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)
高校中退後、自閉的生活を続けていた。平成4年に被害妄想から、女子学生への他害行為があり、初回入院。 以後、平成15年まで入院をくり返していたが、その後、外来通院を拒み、病院からの訪問看護にて抗精神病等を中心とする薬物療法を継続していた。同居する母が高齢、病弱となりサポート体制が減弱している。そのため、服薬が不規則となり人格水準が顕著に低下している。

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 精神科) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当科) <input type="checkbox"/> 無

<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；5 能力障害；5) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価：(食事；5 生活リズム；5 保清；5 金銭管理；5 服薬管理；5

対人関係；5 社会的適応を妨げる行動；4) <判断時期 平成 ○年 ○月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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・ <u>その他</u> （精神通院）
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) 障害基礎年金等級	<u>1級</u> ・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ <u>無</u>

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>0</u> 回程度 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 平成4年から平成15年まで入退院を20回ほど繰り返している。（○○医療センター）

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
自宅ではテレビを一日中視聴する。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
母との二人暮らし。
母親は○歳で介護認定を受けている。肺炎を患っており目も不自由なため、介護できる状態ではない。
姉が近くに住んでおり、毎日様子を見に来ている。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
1階建てのアパート。かなり古く、お風呂はついていない。トイレは共同。

X その他、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。

お風呂に何年も入っていないので、清拭に身体介護を利用したい。

区分4 事例4

区分変更: 区分2 → 区分4

有効期間: 2年間

審査及び判定の概要:

- 当初うつ病と診断され、後に統合失調症と診断された事例。
- B2・C項目群、特記事項、医師意見書から引きこもり状態であり、また、洗髪、歯磨きなど身の回りのことが全くできていないなど身の周りの世話に関する対応に加え、飲酒、過食が著しく飲食面での管理に関する支援を要すること、ほぼ毎日一日中泣いている等情緒不安定がみられ、こうした状況へのサポートを要すること、昼夜逆転もあり夜間対応を要することなど、より長い介護時間を要すると判断し、区分4に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分2 38.6分	プロセスⅡ 区分2	2次判定 区分4	有効期間 2年	食事 0.7分	排せつ 2.4分	移動 1.0分	清潔 保持 4.2分	間接 14.7分	行動 5.0分	機能 訓練 1.5分	医療 関連 9.1分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	------------	-------------	------------	------------------	-------------	------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺（左-上肢）		
	麻痺（右-上肢）		
	麻痺（左-下肢）		
	麻痺（右-下肢）		
	麻痺（その他）		
1-2	拘縮（肩関節）		
	拘縮（肘関節）		
	拘縮（股関節）		
	拘縮（膝関節）		
	拘縮（足関節）		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		ある
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		一部介助
5-1 イ.	洗顔		一部介助
5-1 ウ.	整髪		一部介助
5-1 エ.	つめ切り		
5-2 ア.	上衣の着脱		
5-2 イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		一部介助
5-5	電話の利用		
5-6	日常の意思決定		日常的に困難
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3-ア	意思の伝達		
6-4-ア	指示への反応		
6-5ア.	毎日の日課を理解		
6-5イ.	生年月日をいう		
6-5ウ.	短期記憶		
6-5エ.	自分の名前をいう		
6-5オ.	今の季節を理解		
6-5カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7 ア	被害的		ある
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		ある
7 エ	感情が不安定		ある
7 オ	昼夜逆転		
7 カ	暴言暴行		
7 キ	同じ話をする		
7 ク	大声を出す		
7 ケ	介護に抵抗		
7 コ	常時の徘徊		
7 サ	落ち着きなし		ときどきある
7 シ	外出して戻れない		
7 ス	1人で出たがる		
7 セ	収集癖		
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		
7 チ	不潔行為		
7 ツ	異食行動		
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用	

B2項目群		
7 ト	こだわり	
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	週に1回以上
7 ヌ	自ら叩く等の行為	週に1回以上
7 ネ	他を叩く等の行為	
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7 フ	過食、反すう等	ほぼ毎日
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7 マ	対人面の不安緊張	ある
7 ミ	意欲が乏しい	ある
7 ム	話がまとまらない	ときどきある
7 メ	集中力が続かない	ある
7 モ	自己の過大評価	ある
7 ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	98.1	65.9	100.0	83.7

IADL	行動障害
2.57点	0.94点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-2) 右ひざに痛みあり。正座をすともたない。

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-7) ごく近所に毎日タバコを買いに行くが、その短距離の往復でも疲労する。

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-1) 1. 湿疹のかきむしりをくり返しており、治癒しない(7-ヌにも記載)。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. 1. 歯みがきは、しなければと分かっているのだが、みがけない。ヘルパーが来る、通院するなど人に会うとき、努力して何とかみがく。単身生活なので助言・指示する人はいない。一部介助に相当。洗面も全く同じ。

(5-1) ウ. 整髪は全くしていない。レベルとしては歯みがき、洗髪と同レベルと判断。

(5-3) 薬は飲んでいるが、頓服のまとものみを故意にしまうという問題あり。同上で一部介助と判断(7-ヌにも記載)。

(5-4) 預金で生活。生活保護をいずれ受けられればと思っているが、そのためには今の家賃より安いところに転居しなければと分かっているのに引越せない。お惣菜を買込むのをやめなければと思っているのに通院の折まとも買いしてしまう。よって自分は管理能力がないと悩んでいる。

(5-6) 適切な判断をして生活できない。最低限しなければならない保清ができないと悩みながら生活している。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

()

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7-ヤまで)

(ア, ウ) バスで言われているはずのない悪口を言われていると感じる。実際に聞こえてしまう。週1回以上起こる。

抗精神薬を飲んでいる。

(エ) 自分の状況がつらくて毎日2-3回は泣き続けている。

(サ) 作業所では必ず家に帰りたくなり、いてもたってもいられない思いがする。(1回/月)。

(タ) 物を壊してしまうことは昨夏の通院先で起きた。このところは「ない。」

(ニ) 毎日泣いているが(7-エ) そのうち1-2回/週は泣き続けるのが止まらなくなり、収拾がつかなくなる。

(ヌ) 湿疹をかきむしることが自分で止められない。また、肝機能が悪いことが分かっているのに、頓服をまとも飲みしてしまう。不安になるとしてしまうとのこと。

(フ) 買い込んだ惣菜や冷凍食品を食べ過ぎることが、1ヶ月前は殊にひどかった。1年で10kg増えた後、さらにこ

の2ヶ月で7kg体重増。

(マ, ミ) 通院日とヘルパーに会える日を除いては、ひたすら他者が恐ろしく、外出できずひきこもっている(往復5分のタバコ買いはしている)。5日/週。

(ム) 話が支離滅裂になってしまうことが通院時、特におきる。1回/週。

(オ) 以前不眠に悩んだが、今は睡眠薬で眠っている(飲まなければ眠れない)。

(メ) 集中が続かず、何もかも中途半端であると感じている(毎日)。

(ヤ) 基本的に他者を受け入れることは恐ろしく、耐えがたい。認定調査もかなり抵抗があった様子で、慣れたヘルパーの来訪日に合わせることで可能になった(毎日)。

(モ) 過大評価ではなく、過小評価があると感じられる。金銭管理・日常の意思決定の項目で自分は全く駄目であると評価するが、見受けたところ簡素に生活するレベルは保っており(体重増加量から考えるに食物の買い過ぎは本当らしい)、ズボン等が太ることで全て買替えたと言っても、衣類はわずかしか持っていない。過小評価が「ある」と判断。毎日のことで悩んでいるので頻度は「毎日」。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 調理では、冷凍食品を冷蔵庫から出しレンジで温めることは「できる」が、他の調理は一切できない(精神的に取り組めない)。ヘルパーさんに作ってもらったものを食べている。「一部介助」と判断。

(9-3) 掃除は精神的に取り組めない。

(9-5) 入浴はシャワーしか使わず、片付けも全くしていない。掃除もヘルパーに頼んでいない、とのこと。レベルとしては9-3と同レベルと判断。

(9-6) 買物はできるが、2ヶ月で7kg太ってしまう程の調理済食品を買いこんでしまうとのことなので「見守り、一部介助」と判断。

医師意見書

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	<input checked="" 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 checked="" 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. うつ病	発症年月日	(昭和・平成)	10年	2月 日頃)
2. 統合失調症	発症年月日	(昭和・平成)	14年	4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 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明				
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 情緒不安定でひきこもりから、泣いてばかりいることがある。				
(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)				
平成 18 年 1 月に友人が急死してから、1 日中泣いてばかりいて、ほとんど外に出ず、飲酒、過食、昼夜逆転、過量服薬を認め、まったく作業所に通所できない状態。				

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)					
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 抑うつ状態 妄想) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

<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=159 cm 体重=67 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: 湿疹 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；5 能力障害；3) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価：(食事；4 生活リズム；4 保清；4 金銭管理；1 服薬管理；2

対人関係；2 社会的適応を妨げる行動；1) <判断時期 平成 ○年 ○月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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・ <u>3級</u>
5) 障害基礎年金等級	1級・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・ <u>3級</u>
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し） <u>無</u>

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>30</u> 回程度（1/週精神科通院、1/月作業所、1/日たばこを買う（歩5分）） 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 作業所へは無理せず行ける範囲で行っている（1ヶ月に1回のみ）。ひきこもりと自覚。
--

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に
軽作業のような、対人関係の少ない仕事をしたい。

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
TVを見る、音楽をきく。
友だちとT e lで話す（家族・友人・作業所で知り合った人）。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
家族としては母・姉がいるが、T e lで話す程度。介護者はいない。
母・姉→つらいときに話し相手、相談・助言をしてくれる存在である。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
1K。簡素に生活。室内は物が少なく片付いている。本人の話では掃除にはどうしても取りくめない。きれいになっているのはヘルパーのおかげとのこと。

X その他、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。

- ・ 担当のMSWが変わった。MSWと今の悩み（社会資源に行けていない現状をどうしたらよいか）について話をもっとしたいと考えている。
- ・ 現状のひきこもりに自身悩むだけでなく、急速に肥満が進んでいることも問題と本人が自覚。特に胴囲が増大している。

区分5 事例1

区分変更: 区分3 → 区分5

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 四肢の麻痺に重度の知的障害を併せ持つ事例。
- 排尿排便や清潔保持等が全介助であることに加えて、ほぼ毎日ある不安定な行動や過食、てんかん発作の頻発等、介護により長い時間を要すると判断し、区分5に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分3 69.4分	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分5	有効期間 1年	食事 14.6分	排せつ 17.7分	移動 8.8分	清潔 保持 10.4分	間接 3.2分	行動 5.7分	機能 訓練 5.7分	医療 関連 3.3分

2 判定調査項目

A項目群		調査結果
麻痺拘縮		
1-1	麻痺（左-上肢）	ある
	麻痺（右-上肢）	ある
	麻痺（左-下肢）	ある
	麻痺（右-下肢）	ある
	麻痺（その他）	
1-2	拘縮（肩関節）	
	拘縮（肘関節）	
	拘縮（股関節）	
	拘縮（膝関節）	
	拘縮（足関節）	
拘縮（その他）		
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	できない
3-3	洗身	全介助
特別介護		
4-1 ア.	じょくそう	
4-1 イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	一部介助
4-4	飲水	一部介助
4-5	排尿	全介助
4-6	排便	全介助
身の回り		
5-1 ア.	口腔清潔	全介助
5-1 イ.	洗顔	全介助
5-1 ウ.	整髪	全介助
5-1 エ.	つめ切り	全介助
5-2 ア.	上衣の着脱	見守り等
5-2 イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	全介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	日常的に困難
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3-ア	意思の伝達	ほとんど不可
6-4-ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	できない
6-5イ.	生年月日をいう	できない
6-5ウ.	短期記憶	できない
6-5エ.	自分の名前をいう	できない
6-5オ.	今の季節を理解	できない
6-5カ.	場所の理解	できない

行動		調査結果
7 ア	被害的	
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	
7 エ	感情が不安定	ある
7 オ	昼夜逆転	ある
7 カ	暴言暴行	ときどきある
7 キ	同じ話をする	
7 ク	大声を出す	ある
7 ケ	介護に抵抗	ときどきある
7 コ	常時の徘徊	
7 サ	落ち着きなし	
7 シ	外出して戻れない	ある
7 ス	1人で出たがる	ときどきある
7 セ	収集癖	ある
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	ときどきある
7 チ	不潔行為	ときどきある
7 ツ	異食行動	
7 テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスビレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群		調査結果
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	全介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群		調査結果
7 ト	こだわり	ある
7 ナ	多動・行動停止	週に1回以上
7 ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7 ヌ	自ら叩く等の行為	希にある
7 ネ	他を叩く等の行為	週に1回以上
7 ノ	興味等による行動	週に1回以上
7 ハ	通常と違う声	日に頻回
7 ヒ	突発的行動	週に1回以上
7 ホ	反復的行動	

C項目群		調査結果
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	ときどきできる
7 フ	過食、反すう等	ほぼ毎日
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ときどきある
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	
7 ム	話がまとまらない	ある
7 メ	集中力が続かない	ときどきある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
84.0	100.0	45.3	45.5	19.1	45.0	64.5

I ADL	行動障害
6.00点	3.47点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-1) 軽い麻痺、しびれあり、力が入らない。

(1-2) 骨折した右肩と股関節は固い。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-1) てんかん発作後は、自分では動けない。

(2-7) 保護帽着用、転倒に備える。発作もあるため、外出中は車イスを持参して歩く。長時間は歩けない(手押し型車イス)。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) はし練習中。スプーン、フォークは使えるが、介護者が口元まで運んでいる。

(4-4) 自分で飲むことできるが、介護者が口元まで運ぶ必要がある。

(4-5) 便座に座ってする。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. 手渡すと、口に入れるところまでできる。みがくのは介助が必要。

(5-1) ウ. 髪をとかされるのは嫌がるため、短くして普段必要ないようにしている。

(5-2) ア. ボタンの服は着られない。Tシャツを前後確認して渡すと、自分で着られる。

(5-2) イ.ズボンを持ち上げられないときがある。

(5-3) 朝夕、4種類服薬している。

(5-6) 好きな物を選んだり、嫌という様子を見せることはある。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3-ア) ハイ、イヤ、チィ、ネンネ、バイバイ、エッチ、オッパイの発語のみ。エッチ、オッパイと言うと周囲が嫌がるのが分かる様子。

(6-4-ア) 発作でダメージが残ったり、気分がのらない時はほとんど反応しない。

(6-4-イ) 絵カードを使っている。

(6-5) ア. 作業所のスケジュールは慣れている。

(6-5) ウ. 表現できない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(イ) できない。

(ウ) よく起こる。

(エ) てんかん発作で、昼夜逆転がよくある。居眠りある。

(カ) 意にそぐわない時、自分の思いと違う時、缶コーヒーなど自分の飲み物を持っていかれた時。

(ク) エッチと大声をあげる。

(ケ) 気分がのらない時。

(シ) 1人では外出しないが、バスを降りた時、「帰宅したくない」と動かない。

(ス) 施設内では1人にさせないようにしているが、玄関へ行きたがる様子をする。

(セ) お金や缶ジュース。財布を手にして出かけるふりをする。

(タ) 薬や物を投げる。

(チ) つばをつける。

(テ) 記憶力については、判断が困難。

(ト) 自販機が好きで、抱きつく。

(ナ) 日に2回位発作があり、停止することがある。

(ニ) 作業所では週1回位だが、家では毎日父への暴力がある。

(ヌ) アトピーがあり、かきむしるのをやめられない。その防止のため、施設では本人に記録ノートを常に持たせるようにしている。

(ネ) 施設では週1回、家では毎日ある。

(ハ) 嫌がる行為がよくある。

(ヒ) 施設内で、玄関まで向かう。

(フ) あればあるだけ食べてしまう。

(ミ) 発作後は、動けず寝ている。

(ム) 話ができない。

(メ) 月1回位、1時間位の集中ができることがある。

(ヤ) 父への拒否あり。物を取り合うなど、子どものようなケンカがある。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-2) 足元が不安定なため、持たせない。

(9-6) 店で、カゴの中に好きな物を入れる。

(9-8) 自分の名前の漢字はわかる様子。施設では自分の記録ノートを選び、持ってくることはできる。

医師意見書

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 同意する。 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 checked="" type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. てんかん	発症年月日	(昭和)・平成	51年	4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	2年	2月	~	2年	8月 (傷病名: てんかん)
2. 昭和・平成	年	月	~	年	月 (傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 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) 生後8ヶ月よりけいれんが出現。薬物治療にもかかわらず、発作は週単位からときに日単位の頻度で、なお続いている。					

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input type="checkbox"/> 有 (症状名) <input checked="" type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	①・2・3・4・5・6
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・ <u>肢体不自由</u> ・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) 障害基礎年金等級	①級・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ <u>無</u>

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>2</u> 回程度（買い物、ドライブ（家族の運転による）） 社会活動の参加の状況（困難 ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他
--

VI 就労関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労状況： <input type="checkbox"/>一般就労 <input type="checkbox"/>パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/>就労していない <input type="checkbox"/>その他（ ） ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし <li style="padding-left: 20px;">最近1年間の就労の経験 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし <li style="padding-left: 20px;">中断の有無 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし ・ 就労希望の有無：<input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし <li style="padding-left: 20px;">具体的に
--

VII 日中活動関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 主に活動している場所：<input type="checkbox"/>自宅 <input checked="" type="checkbox"/>施設 <input type="checkbox"/>病院 <input type="checkbox"/>その他（ ） <li style="padding-left: 20px;">通所更生施設。
--

VIII 介護者関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護者の有無：<input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと <li style="padding-left: 20px;">父母と兄と同居。 <li style="padding-left: 20px;">月1回くらいある夜の発作時は、その後一晩中眠れない。

IX 居住関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活の場所：<input type="checkbox"/>自宅（単身） <input checked="" type="checkbox"/>自宅（家族等と同居） <input type="checkbox"/>グループホーム <input type="checkbox"/>ケアホーム <input type="checkbox"/>病院 <li style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>入所施設 <input type="checkbox"/>その他（ ） ・ 居住環境 <li style="padding-left: 20px;">マンション3階。
--

X その他、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。

<p style="padding-left: 20px;">脳性麻痺による脳原性両上肢機能障害1級、脳原性移動機能障害4級。</p>

区分5 事例2

区分変更: 区分4 → 区分5

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 最重度の知的障害で、先天性甲状腺機能低下症、重積のてんかん発作がある事例。
- 頻回に他害、異食、自傷、危険な行動があり、行動障害、精神症状に関する介助項目が多く、介護の時間がかかると特記事項、医師意見書から判断し、区分5に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分4 84.8分	プロセスⅡ 区分4	2次判定 区分5	有効期間 3年	食事	排せつ	移動	清潔保持	間接	行動	機能訓練	医療関連
					19.9分	17.7分	13.8分	17.1分	3.2分	7.6分	2.2分	3.3分

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺（左-上肢）		
	麻痺（右-上肢）		
	麻痺（左-下肢）		
	麻痺（右-下肢）		
	麻痺（その他）		
1-2	拘縮（肩関節）		
	拘縮（肘関節）		
	拘縮（股関節）		
	拘縮（膝関節）		
	拘縮（足関節）		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		支えが必要
3-3	洗身		全介助
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		一部介助
4-4	飲水		一部介助
4-5	排尿		全介助
4-6	排便		全介助
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		全介助
5-1 イ.	洗顔		全介助
5-1 ウ.	整髪		全介助
5-1 エ.	つめ切り		全介助
5-2 ア.	上衣の着脱		全介助
5-2 イ.	ズボン等の着脱		一部介助
5-3	薬の内服		全介助
5-4	金銭の管理		全介助
5-5	電話の利用		全介助
5-6	日常の意思決定		日常的に困難
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3-ア	意思の伝達		ほとんど不可
6-4-ア	指示への反応		ときどき通じる
6-5ア.	毎日の日課を理解		できない
6-5イ.	生年月日をいう		できない
6-5ウ.	短期記憶		できない
6-5エ.	自分の名前をいう		できない
6-5オ.	今の季節を理解		できない
6-5カ.	場所の理解		できない

行動		調査結果	
7 ア	被害的		
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		
7 エ	感情が不安定		ときどきある
7 オ	昼夜逆転		
7 カ	暴言暴行		ときどきある
7 キ	同じ話をする		
7 ク	大声を出す		ある
7 ケ	介護に抵抗		ときどきある
7 コ	常時の徘徊		ある
7 サ	落ち着きなし		ときどきある
7 シ	外出して戻れない		ある
7 ス	1人で出たがる		ある
7 セ	収集癖		
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		ある
7 チ	不潔行為		ときどきある
7 ツ	異食行動		週に1回以上
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		調査結果	
9-1	調理		全介助
9-2	食事の配下膳		全介助
9-3	掃除		全介助
9-4	洗濯		全介助
9-5	入浴の準備片付け		全介助
9-6	買い物		全介助
9-7	交通手段の利用		全介助

B2項目群		調査結果	
7 ト	こだわり		
7 ナ	多動・行動停止		ほぼ毎日
7 ニ	不安定な行動		
7 ヌ	自ら叩く等の行為		ほぼ毎日
7 ネ	他を叩く等の行為		ほぼ毎日
7 ノ	興味等による行動		毎日（外出のたび）
7 ハ	通常と違う声		日に1回以上
7 ヒ	突発的行動		日に頻回
7 ホ	反復的行動		

C項目群		調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達		ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解		ときどきできる
7 フ	過食、反すう等		ほぼ毎日
7 ヘ	憂鬱で悲観的		
7 マ	対人面の不安緊張		
7 ミ	意欲が乏しい		
7 ム	話がまとまらない		ある
7 メ	集中力が続かない		ある
7 モ	自己の過大評価		
7 ヤ	疑い深く拒否的		
9-8	文字の視覚的認識		

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	51.3	45.5	7.1	36.9	50.9

IADL	行動障害
6.00点	3.71点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 清潔保持への関心が乏しい。

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) そしゃくしないで丸飲みしてしまうため、荒刻みにしている。食べこぼしの後始末に介助を要す。

(4-4) やかんやペットボトルを飲み干してしまう。1~2回/月は洗面所で水を飲むなど多飲。けいれんをおこすこと有。

(4-5) 自分からの訴えなく、1~1.5時間おきに誘導するが、タイミングが難しくパットに出ることが多い。

(4-6) 表情で察しての誘導。パットに出ているにも訴えなく、弄便していることもある。促されればズボンの上げ下ろしはするが、性器が出ているような状態のため要介助。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) 清潔保持への関心が乏しい。介助も嫌がる。流涎用のタオルを肩からゴムで斜めがけしているが、自分で拭き回すことはない。

(5-2) ア. 首を通してもらえれば腕をぬくことは可。暑い時、入浴したい時は自分で脱ぐが、着替えのための指示では脱がない。

(5-2) イ. ズボン・パンツ~トイレ時など、促されれば上げ下げを行うが、やり直しを要す。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3-ア, イ) 嫌な時に、自分の頭をたたいたり、相手を押しのける。何かをしたい時は、相手の手を引っ張ってその物に触れさせたりしている。それを見て、介護者が推測している状況。

(6-4-ア) 生活上の知っている言葉(風呂・ごはん)に反応しているが、「トイレに行ってから風呂」などと言われると、どちらかしかできない。

(6-4-イ) 実物が有効な場合あり。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア~ヤまで)

(カ, ス) 毎日、制止をされるなど思い通りにならない時、母へ手が出たり、壁に頭を打ちつける、指を噛む等の行為あり。

(コ, シ, ス, ヒ) 家の中は、かもいに手をかけ、机や出窓を渡り歩く。すぐに外に出ようとするため、防犯用のロックをしたり、窓の前に柵などを置いている。早朝に1人で出て、どこかで服を脱ぎ、裸で団地内を歩いていたこと有。

(ツ, フ) 異食があり、部品などいろいろなものが便に混じっている。また、あめなどを見つけると、1度に全て口に入れてしまう。

(タ) 物を壊そうという意識ではないが、物を投げてその音を楽しむため、2階から蛍光灯を投げて割ったりする。聴きとり時も、しばらくなめていたおもちゃを突然机に投げたり、机の上を歩いていて、陶器の小物入れを割ったりした。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() 重積発作のための入院が多く、薬でのコントロール。甲状腺機能低下症で、ホルモン薬服用中。

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1, 2) 台所にも施錠されており、本人は関わっていない。配下膳も、途中で膳から手を離してしまう。

(9-6) 目に入った物を、その場で開けて飲んでしまうため、全面的な支援を要す。

医師意見書

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	<input checked="" 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 checked="" 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. 先天性甲状腺機能低下症	発症年月日	(昭和)・平成	63年	10月	○日頃)
2. 精神運動発達遅滞	発症年月日	(昭和)・平成	6年	10月	日頃)
3. てんかん	発症年月日	(昭和)・平成	6年	10月	日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)					
1. 昭和・平成	17年	2月～	17年	8月	(傷病名: けいれん重積)
2. 昭和・平成	13年	7月～	13年	7月	(傷病名: 気管支炎)
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 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) 先天性甲状腺機能低下症にて甲状腺ホルモンの補充を続けている。熱性けいれんは何回か起こしていたが、平成6年○月○日にけいれん重積で入院後てんかんと診断。現在3種類の抗けいれん剤を内服中。けいれんは完全には消えておらず、時々短時間のけいれんはあり。精神運動発達遅滞も認め日常生活にも介助が必要。					

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 失見当識 <input checked="" type="checkbox"/> 失認 <input checked="" type="checkbox"/> 失行					
<input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

<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=150.3cm 体重=41.9 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 (けいれん)

→ 対処方針 (けいれんは自然に止まる可能性が高い。止まらなければ救急車で来院を。)

(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。)

精神発達遅滞が強く、見ていないとどこに行くか分からない状態である。食事などの日常生活にも介助が必要。

<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)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ）		調査対象者との関係（ ）		

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6
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) 障害基礎年金等級	1級 ・ 2級
6) その他の障害年金等級	1級 ・ 2級 ・ 3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・無

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 25 回程度（ドライブ、通学） 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：平成17年7月～ 年 月 入院の原因となった病名 (発作が重なってICUに3日間、計11日間の入院) 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 発作（けいれん）のための入院は10回以上。発熱で2回入院。

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に
卒業後、授産やデイサービスの通所を検討中。

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（学校 ）

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
父～洗身、添寝。
母～体を拭く、スクールバスまでの送迎、家事。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
団地の一番奥まった所。
すぐに外に出たがる、物を投げる（壊れる音を楽しむ）ため、いたるところに防犯用ロックがされ、窓から出られないよう棚などが置いてある。障子も本人に破られている。

X その他、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。

現在、養護学校高等部〇年生。
ADL全般に介助を要する。自分の興味が優先し、制止を嫌う。
外に出たがり目が離せない状況。
言葉の理解も難しいようで、知っている単語に反応し、促されて行動している。

区分5 事例3

区分変更: 区分3 → 区分5

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 重度の知的障害で周期性の興奮、不眠状態がある事例。
- 排便時に排泄物を壁になすりつけたり、葉を口に入れるなどの異食行為、奇声、暴行（母親の髪を引っ張る）、破衣等の行動障害がみられることから、これらに対応するため、介護時間が長くなると判断し、区分5に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分3 58.6分	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分5	有効期間 3年	食事 3.1分	排せつ 10.5分	移動 13.7分	清潔 保持 15.8分	間接 5.7分	行動 4.3分	機能 訓練 2.2分	医療 関連 3.3分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	------------	--------------	-------------	-------------------	------------	------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左-上肢)		
	麻痺 (右-上肢)		
	麻痺 (左-下肢)		
	麻痺 (右-下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)		
	拘縮 (足関節)		
拘縮 (その他)			
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		見守り等
2-7	移動		見守り等
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		全介助
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		見守り等
4-4	飲水		見守り等
4-5	排尿		見守り等
4-6	排便		一部介助
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		一部介助
5-1 イ.	洗顔		一部介助
5-1 ウ.	整髪		一部介助
5-1 エ.	つめ切り		全介助
5-2 ア.	上衣の着脱		見守り等
5-2 イ.	ズボン等の着脱		見守り等
5-3	薬の内服		全介助
5-4	金銭の管理		全介助
5-5	電話の利用		全介助
5-6	日常の意思決定		できない
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3-ア	意思の伝達		ほとんど不可
6-4-ア	指示への反応		ときどき通じる
6-5ア.	毎日の日課を理解		できない
6-5イ.	生年月日をいう		できない
6-5ウ.	短期記憶		できない
6-5エ.	自分の名前をいう		できない
6-5オ.	今の季節を理解		できない
6-5カ.	場所の理解		できない

行動		調査結果	
7 ア	被害的		
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		
7 エ	感情が不安定		ある
7 オ	昼夜逆転		ときどきある
7 カ	暴言暴行		ときどきある
7 キ	同じ話をする		
7 ク	大声を出す		ある
7 ケ	介護に抵抗		
7 コ	常時の徘徊		ある
7 サ	落ち着きなし		ある
7 シ	外出して戻れない		
7 ス	1人で出たがる		
7 セ	収集癖		
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		ときどきある
7 チ	不潔行為		ときどきある
7 ツ	異食行動		ほぼ毎日
7 テ	ひどい物忘れ		ある
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	見守り、一部介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群		
7 ト	こだわり	ある
7 ナ	多動・行動停止	ほぼ毎日
7 ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7 ヌ	自ら叩く等の行為	ほぼ毎日
7 ネ	他を叩く等の行為	ほぼ毎日
7 ノ	興味等による行動	毎日 (外出のたび)
7 ハ	通常と違う声	日に1回以上
7 ヒ	突発的行動	日に1回以上
7 ホ	反復的行動	ある

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解	ときどきできる
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	ある
7 ム	話がまとまらない	
7 メ	集中力が続かない	ときどきある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	全介助

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	82.5	77.0	60.3	29.7	36.9	61.7

I ADL	行動障害
5.57点	4.26点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-6, 7) 移動や移乗の際に声かけがないと行動できないことや歩道から車道に飛び出してしまう行動も見られるため見守りが必要と判断。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 介助者が声かけをしても手で体を撫でる程度の洗身しかできていないため全介助と判断。

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) 介助者が声をかけないと食事が進まない。手が止まってしまうなどの様子が見られる。

(4-4) 介助者が声をかけないと適量以上の水分を摂取してしまうため、見守りが必要と判断。

(4-5, 6) 介助者が声をかけないと便器の外に排尿してしまったり、おしりを拭く行為をしないことがあるため、見守り、一部介助が必要と判断。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) 歯ブラシは手に持って口の中に入れる程度、洗顔は水で軽く顔を濡らす程度のため、一部介助と判断。

(5-2) 表裏反対に着てしまうことなどがあるため、見守りが必要と判断。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3-ア) 「アー」「ウー」などの発声が見られるが、意図していることが分からないことが多い。

(6-4-ア) 介助者からの指示に対しては、何度か繰り返す中で反応される時とそうでない時がある。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (ア～ヤまで)

(カ, ク, ネ) ほぼ毎日自分の思い通りにならない時に大きな声を出したり、母親の髪の毛を引っ張るなどの行為が見られる。

(コ, サ) 日中自宅にいる際には、常時部屋の中を動き回ったり、部屋の隅の方に行き座るなどの行動を繰り返している。

(チ) 排便後、排泄物を壁などになすりつけるなどの行為がある。

(ツ) 外出時に、葉っぱなどをむしり取って口に入れてしまう行為がある(外出時は常に)。

(ホ, ト) 広告チラシを細かくちぎってゴミ箱に入れる。それを繰り返し行っている。破って良い物、悪い物の判断はできない。

(ニ, ヒ) 着替えをすることが好きのため、わざと排尿を失敗して着替えをする行為が見られる。自宅に置いてあった塗料用のシンナーを飲んでしまったこともある。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() ※てんかん発作あり。服薬もあり(精神安定剤もあり)。

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

() 一連の行為において上記のような行動が見られるため、すべてにおいて見守り、介助が必要と判断。

医師意見書

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 同意する。 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 checked="" 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 checked="" 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. てんかん	発症年月日 (昭和)・平成 44年 月 日頃)
2. 精神発育遅滞	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 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) ほぼ1ヶ月周期で精神運動興奮、不眠を来たす。	
(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) てんかんはコントロール良好、発作を認めていない。 周期性の興奮時には服薬で対応。	

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (不穏、興奮、不眠)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院) <input type="checkbox"/> 無	

<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) 現在は無い

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=150 cm 体重=50 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 (適量が分らず過食に及ぶ。 _____)・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。)

周期性的の病状悪化 (精神運動興奮) の時期には不眠を来し、奇声を上げて家族や周囲の者を叩く。又、破衣、過食・過飲水なども同時期に出現する。悪化の期間は7~10日/月程度。それ以外の時期には大人しく他者と交流をもたない。言語の使用はできない。

<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; 2 能力障害; 3) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 4 生活リズム; 2 保清; 3 金銭管理; 5 服薬管理; 5

対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 3) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6
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) 障害基礎年金等級	1級・2級
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・(無)

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： _____ 回程度 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
月～金 第2、3、4土曜日。○○。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
母親は高血圧（服薬などはなし）。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境

X その他、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。

外出介護 54時間／月。
ショートステイ 7日／月。
○○を利用予定。

区分6 事例1

区分変更: 区分5 → 区分6

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 脳内出血による左片麻痺、視覚障害、高次脳機能障害の事例。
- 排尿排便時にも人に知らせることができず、清潔保持を含めて全介助の状態である。また、記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害があつて、日常生活では全面的に要介護の状態で、より長い介護時間を要すると判断し、区分6に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分5 97.8分	プロセスⅡ 区分5	2次判定 区分6	有効期間 3年	食事 16.0分	排せつ 23.9分	移動 17.8分	清潔 保持 24.6分	間接 6.2分	行動 4.7分	機能 訓練 2.5分	医療 関連 4.3分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	-------------	--------------	-------------	-------------------	------------	------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群		調査結果
麻痺拘縮		
1-1	麻痺（左-上肢）	ある
	麻痺（右-上肢）	
	麻痺（左-下肢）	ある
	麻痺（右-下肢）	
	麻痺（その他）	ある
1-2	拘縮（肩関節）	
	拘縮（肘関節）	
	拘縮（股関節）	ある
	拘縮（膝関節）	ある
	拘縮（足関節）	ある
拘縮（その他）	ある	
移動		
2-1	寝返り	つかまれば可
2-2	起き上がり	できない
2-3	座位保持	支えが必要
2-4	両足での立位	できない
2-5	歩行	できない
2-6	移乗	全介助
2-7	移動	全介助
複雑動作		
3-1	立ち上がり	できない
3-2	片足での立位	できない
3-3	洗身	全介助
特別介護		
4-1 ア.	じょくそう	
4-1 イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	一部介助
4-4	飲水	一部介助
4-5	排尿	全介助
4-6	排便	全介助
身の回り		
5-1 ア.	口腔清潔	一部介助
5-1 イ.	洗顔	全介助
5-1 ウ.	整髪	全介助
5-1 エ.	つめ切り	全介助
5-2 ア.	上衣の着脱	全介助
5-2 イ.	ズボン等の着脱	全介助
5-3	薬の内服	全介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	日常的に困難
意思疎通		
6-1	視力	判断不能
6-2	聴力	
6-3-ア	意思の伝達	ほとんど不可
6-4-ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	できない
6-5イ.	生年月日をいう	
6-5ウ.	短期記憶	できない
6-5エ.	自分の名前をいう	
6-5オ.	今の季節を理解	
6-5カ.	場所の理解	できない

行動		調査結果
7 ア	被害的	
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	
7 エ	感情が不安定	ある
7 オ	昼夜逆転	ある
7 カ	暴言暴行	ある
7 キ	同じ話をする	
7 ク	大声を出す	ときどきある
7 ケ	介護に抵抗	ときどきある
7 コ	常時の徘徊	
7 サ	落ち着きなし	あり
7 シ	外出して戻れない	
7 ス	1人で出たがる	
7 セ	収集癖	
7 ソ	火の不始末	あり
7 タ	物や衣類を壊す	
7 チ	不潔行為	
7 ツ	異食行動	
7 テ	ひどい物忘れ	ある
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスビレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群		調査結果
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	全介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群		調査結果
7 ト	こだわり	
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	
7 ヌ	自ら叩く等の行為	
7 ネ	他を叩く等の行為	ほぼ毎日
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	

C項目群		調査結果
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	ある
7 ム	話がまとまらない	
7 メ	集中力が続かない	
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	ときどきある
9-8	文字の視覚的認識	全介助

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
41.2	7.8	5.9	49.8	9.3	56.9	80.3

I ADL	行動障害
6.00点	1.57点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-1) 手指・足の指にも麻痺有。

(1-2) 股関節は、可動域に制限有。足全体の筋力そのものも低下。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-2) 介助なければ不可能。

(2-7) バリアフリー部分なら車いすで移動できるが、外には出たがらず、デイサービスなどに行くときは、介助必要。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) 食事の行為は行えるが、食事中に食事をしていることを忘れるため、常に声かけなど必要。量の調整も必要。

(4-4) 用意してもらえば自分で可能。

(4-5) 尿意感じない。オムツをしているが、排尿しても知らせない。

(4-6) 排便しても知らせることができない(便意ない)。不快感もないようだとのこと。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. はみがき、歯ブラシ・歯みがき粉・コップ等用意すれば自分で行える。

(5-1) イ. 洗顔は手指に麻痺もあり、洗うのも困難。本人も洗おうとしない。

(5-1) ウ. 洗髪、整髪、共に介助必要(やる意欲もみられない)。

(5-3) 飲むたびに「何の薬?」と確認する。

(5-5) 電話をとろうとしない。

(5-6) 排尿・排便時のように、必要なときに援助を求めることが困難。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-1) 脳の伝達にもダメージがあるため、見えていないのか、見えていても認知判断できていないのか、判断できないが、医師の診断によると視覚障害有。

(6-3) こちらが話しかければ答えることはできるが、本人から何かを言ったりすることは一切ない。

(6-5) ウ. 短期記憶→その日食べたものも覚えていない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(エ) 脳の状態による。攻撃的になったりする。

(オ) 夜も目をあけていたりする。日中、寝たいときに寝ている。ほぼ毎日。

(カ) 同じことを2回聞くだけで攻撃的になる。不意に突然に壁をたたき、音をたてる等有。毎日。

(ク) 攻撃的になったとき→ささいなことでも攻撃的になる。例: 同じことを2回聞いたりで怒りだす。

(ケ) 支障はないが拒否はいつもある。

(テ) 15秒前でも忘れてる。

(ヘ) 常に悲観的に感じられるが、生命の危険と隣合わせのものでもない。

(マ) 判断できない。自分から、話しかけたりもしないので。

(ミ) 家族が見ている限り、意欲は全くないように感じられる。自発的に何もしようとしない。

(メ) 集中力そのものがないように思われる。

(ヤ) 頻度は、そのときどきで違うが、拒否的である。

(ネ) 手加減がない。不機嫌になるとすぐたいたりする。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 立位不可能なうえ、気力も無く、視力にも障害がある。

(9-2) できない、やろうとする気力も無い。

(9-6) 買い物に連れて行っても、色も分からないので、選択もできない。

(9-7) 介助者が全て付き添わないと無理と思われる。

医師意見書

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 同意する。 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 checked="" 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 checked="" 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. くも膜下出血後遺症	発症年月日 (昭和 平成) 15年 9月 ○日頃)
2. 二次性てんかん	発症年月日 (昭和 平成) 15年 9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) 15年 3月～	16年 6月 (傷病名: くも膜下出血)
2. 昭和 平成) 年 月～	年 月 (傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 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) 高次脳機能障害。体幹失調あり、手すりがないと動けない。	

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (無為)
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無	

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分			
1) 身体障害者等級	①・2・3・4・5・6			
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) 障害基礎年金等級	1級・②級			
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級			
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・③無			

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 月 4 回程度 （デイサービスのみ） 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他
--

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
母と夫と同居。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
一戸建て（2F建て）。

X その他、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。

実母・夫・子供2人と計5人で同居しているが、夫も仕事（出張あり）、実母は飲食店経営のため、デイサービスへの送迎が難しいので、外出介護の申請をし週3日程デイサービスを利用できるようにしたい、とのこと。

※病後、何に対しても無気力・意欲もなく、自発的に行動もしないため、デイサービスには通わせて、外の空気を吸わせたいとのご家族のご要望です。

区分6 事例2

区分変更: 区分5 → 区分6

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 聴覚障害、重度の知的障害によりコミュニケーションが十分にとれず精神的に不安定になることが多い事例。
- このため、施設通所がほとんどできない。さらに、拒食（偏食）、興奮が頻回にあり、排尿排便のコントロールができず、おむつを着用するなど、日常生活において全面的に介護が必要なことから、介護時間が長くなると判断し、区分6に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分5 92.5分	プロセスⅡ 区分5	2次判定 区分6	有効期間 3年	食事 15.7分	排せつ 22.6分	移動 13.8分	清潔 保持 10.4分	間接 13.7分	行動 4.3分	機能 訓練 1.9分	医療 関連 10.1分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	-------------	--------------	-------------	-------------------	-------------	------------	------------------	-------------------

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左-上肢)		
	麻痺 (右-上肢)		
	麻痺 (左-下肢)		
	麻痺 (右-下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)		
	拘縮 (足関節)		
	拘縮 (その他)		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		全介助
特別介護			
4-1 ア.	じょくそう		
4-1 イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		一部介助
4-4	飲水		一部介助
4-5	排尿		全介助
4-6	排便		全介助
身の回り			
5-1 ア.	口腔清潔		全介助
5-1 イ.	洗顔		全介助
5-1 ウ.	整髪		全介助
5-1 エ.	つめ切り		全介助
5-2 ア.	上衣の着脱		見守り等
5-2 イ.	ズボン等の着脱		見守り等
5-3	薬の内服		全介助
5-4	金銭の管理		全介助
5-5	電話の利用		全介助
5-6	日常の意思決定		できない
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		大声が聞こえる
6-3-ア	意思の伝達		ときどきできる
6-4-ア	指示への反応		ときどき通じる
6-5ア.	毎日の日課を理解		
6-5イ.	生年月日をいう		できない
6-5ウ.	短期記憶		できない
6-5エ.	自分の名前をいう		
6-5オ.	今の季節を理解		
6-5カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7 ア	被害的		
7 イ	作話		
7 ウ	幻視幻聴		ときどきある
7 エ	感情が不安定		ある
7 オ	昼夜逆転		ある
7 カ	暴言暴行		ある
7 キ	同じ話をする		ある
7 ク	大声を出す		ある
7 ケ	介護に抵抗		ある
7 コ	常時の徘徊		
7 サ	落ち着きなし		ある
7 シ	外出して戻れない		
7 ス	1人で出たがる		
7 セ	収集癖		ある
7 ソ	火の不始末		
7 タ	物や衣類を壊す		
7 チ	不潔行為		
7 ツ	異食行動		
7 テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスビレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	全介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群		
7 ト	こだわり	ある
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	週に1回以上
7 ヌ	自ら叩く等の行為	ほぼ毎日
7 ネ	他を叩く等の行為	週に1回以上
7 ノ	興味等による行動	月に1回以上
7 ハ	通常と違う声	希にある
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	ある

C項目群		
6-3-イ	独自の意味伝達	ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解	ほとんど不可
7 フ	過食、反すう等	ほぼ毎日
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7 マ	対人面の不安緊張	ある
7 ミ	意欲が乏しい	ある
7 ム	話がまとまらない	ある
7 メ	集中力が続かない	ある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	77.0	45.5	10.8	58.9	58.6

IADL	行動障害
6.00点	3.86点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-4) 飲水は拒食のため、ほとんどなし。

(4-3) 拒食症状があり、母が声かけや介護をしないと食べようとしない。また、食事前にこだわりの確認行為をくりかえし、しないと食事できない。

(4-5) 精神不安定のため排尿のコントロールできず失禁があるため、昨年秋から紙オムツ使用。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-3) 薬の飲み方も本人のこだわりの手順があり、その通りに母が飲ませなければいけない。

(5-6) 自分の意思はあるが、うまく表現できないので、伝えられない。状況を判断して決めることはできず母がすることになる。

()

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3) 意思伝達は母でも分からないことは多い(キュードスピーチや筆談も併用するが)。自分の思いを、伝えるように表現できず、母が伝えたいこともうまく伝わらない。

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

() 精神状態が不安定なためにイライラやこだわりが強い。要求が通らないとエスカレートし、暴力もある。日常生活すべてにこだわりがあり、その通りにならないとパニックになる。母はそれに従わなければならず、精神的負担が大きい。作業所へ行くたびにこだわりの物を無断でもちかえる。一人では外出できない。室内、外出時も基本的には母と一緒にいないとより不安定になり、母の精神的負担は大きい。

()

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

()

医師意見書

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 _____		電話 () _____		
医療機関名 _____		FAX () _____		
医療機関所在地 _____				
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. 知的障害	発症年月日	(昭和)・平成	52年	5月 ○日頃)
2. 適応障害	発症年月日	(昭和)・(平成)	17年	1月 ○日頃)
3. 難聴、白内障術後	発症年月日	(昭和)・平成	52年	5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 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明				
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 食事摂取が全くできず、点滴等を要することが数ヶ月に1回ある。				
(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)				
聴力障害、発語や歩きはじめの遅滞あり、聾学校を卒業し、〇〇作業所に通所した。				
平成17年1月、特に物事へのこだわりが強くなり、収集癖や偏食が強くなった。家族の援助に拒否的になり興奮するため当院を初診。以後、薬物療法と関わりの工夫に関する助言が継続的に必要である。				

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"/> レスピレーター	<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 (該当する項目全てチェック)					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (拒食、強度の強迫行為)					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 重度適応障害、知的障害) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (強迫行為)					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇病院) <input type="checkbox"/> 無					

<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: 両手指を常に強く握りしめている。)

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 (興奮、拒食)

→ 対処方針 (関わりの工夫。)

(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 (本人の好みに合う食事の工夫。)

・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。)

知能検査を試みたが、検査の意味が理解できず施行不能であった。

行動障害は強度で、公共の場(店)などで強迫行為が出現し、周囲の者が応じないと大声を出し興奮するため、常に援助や対処行動の強化が必要である。抗精神病薬の投与も必要である。家族の介護負担は、大変大きい状態が続いている。

<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; 5 能力障害; 4) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 4 保清; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 4

対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 5) <判断時期 平成 ○年 ○月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）				

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

障害種別	等級および程度区分			
1) 身体障害者等級	1・ <u>2</u> ・3・4・5・6			
2) 身体障害の種類	視覚障害・ <u>聴覚障害</u> ・肢体不自由・内部障害・その他（言語 ）			
3) 療育手帳等級	最重度	<u>○</u> A	A1	1度
	重 度	<u>○</u> 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) 障害基礎年金等級	<u>1</u> 級・2級			
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級			
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ <u>無</u>			

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、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。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>5</u> 回程度（散歩週3回ヘルパー同行。1人での外出は無理。（精神状態により断る日も多い） 社会活動の参加の状況（月3日くらい○○作業所通所。 ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：平成16年5月～16年 5月 入院の原因となった病名（白内障手術 ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他
--

VI 就労関連について、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。

- ・ 就労状況： 一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に

VII 日中活動関連について、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。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 - ・ ○○作業所に在籍しているが、気分にもうがあり、通えるのは月によって差が大きい、ほとんど行けない。○月は3日間のみ。
 - ・ 週3回ヘルパー利用により外出支援となっているが精神状態により利用できない日も多い。

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 - ・ ほとんど母から離れることができない。そのため母の精神的負担は大きい。
 - ・ 腰が悪い。

IX 居住関連について、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。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
場所についてのこだわりもあり、本人は居間で過ごすことが多い。

X その他、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。

- ・ 聴覚障害と知的障害、精神障害があることで、他者とのコミュニケーションはあいさつ程度のみ可。
- ・ 母とのコミュニケーションが一番できるが、母でも伝えられないことや理解できないことは大きい。
- ・ 話していることがどの程度伝わったか分かりにくい。また、精神障害のため、受け止め方がゆがんだり、表現がうまくできない。
- ・ 本人が気に入っている職員やヘルパーにのみ心を開く。