

医師意見書記入のポイント（神戸市版）

主治医として、意見書を本人(家族)に開示すること、もしくはサービス等利用計画を作成する指定特定相談支援事業者に提示することについて同意するかどうか該当する□にレ印をつけて下さい。

なお、申請者本人の同意を得た上で意見書を指定特定相談支援事業者に示す取扱いとなっておりますので、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはありません。

行動上の障害については、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印をつけて下さい。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけて下さい。

昼夜逆転	夜間不眠の状態、明らかな昼夜逆転により日常生活に支障が生じている状態
暴言	暴力的な発言
自傷	主として自分の生命、身体を害する行為
他害	他人の生命、身体、自由、貞操、名誉、財産等に害を及ぼす行為
支援への抵抗	助言、支援に抵抗し、支援に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない
徘徊	客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態
危険の認識が困難	生活の様々な場面で、危険や異常を認識し、安全な行動をとること等が困難な状態
不潔行為	排泄物を弄んだり撒き散らす等の行為を行う状態。体が清潔でないことは含まない
異食	正常では忌避するような物体・味に対して特に異常な食欲や嗜好を示す行為
性的逸脱行動	周囲が迷惑している行為と判断される性的な行動を示す状態

医師意見書①

医療機関の所在地及び名称はゴム印等をご使用いただいても構いません。医師氏名は自署をお願いします。

申請者が他診療科を受診している場合は、お分かりになる範囲で該当する□にレ印をつけて下さい。

現在、罹患している傷病の診断名と、その発祥年月日を記載して下さい。生活機能(※)低下を引き起こしている傷病が複数ある場合は、より主体であると考えられる傷病を優先して記載して下さい。

特に、精神疾患や難病等の症状で日内変動や日差変動、一定の期間内における症状の不安定性がある場合は、そのことが分かるよう記載して下さい。

(2)の記載欄が不足する場合は(3)欄をご利用下さい。外出機会・社会参加機会の減少等による生活機能(※)低下の原因があれば、具体的に記載して下さい。意識障害・てんかん発作がある場合は、具体的に記載して下さい。持効性抗精神病薬注射・濃度モニタリングを行っている場合は、その情報も記載して下さい。

日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがあるかどうかについて記載して下さい。過去6か月程度での症状の変動について、改善・維持・増悪の内該当する□にレ印をつけて下さい。

※生活機能とは
①ADL・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」
②家庭や社会での役割を果たす「参加」のすべてを含む包括概念

主治医として、意見書を本人(家族)に開示すること、もしくはサービス等利用計画を作成する指定特定相談支援事業者に提示することについて同意するかどうか該当する□にレ印をつけて下さい。

なお、申請者本人の同意を得た上で意見書を指定特定相談支援事業者に示す取扱いとなっておりますので、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはありません。

てんかん発作がある場合は、その頻度について該当する□にレ印をつけて下さい。

発症年月日ははっきり分からない場合は、おおよその年月を記載して下さい。また、再発の場合は、直近の発作・発症の年月日を記載して下さい。

現在あるか又は今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性が高い状態があれば、該当する□にレ印をつけ、その際の処方針(緊急時の対応を含む)について要点を記載して下さい。

サービス提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する□にレ印をつけて下さい。有の場合には、具体的な症病名・症状等を()内に記載して下さい。

主治医として、障害や難病について、区分認定の審査判定及び障害福祉サービスの利用に際して、認定調査項目では把握できない症状・障害の変動性、生活上の機能障害と、これらに起因する支援の必要性や程度を判定する参考となる情報があれば要点を記載して下さい。特に、他の項目で記載しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記載して下さい。専門科に意見を求め、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いただく場合には、情報提供者の了解をあらかじめとっておいて下さい。

申請者がサービスを利用するに当たって、医学的観点から特に留意する点があれば、サービス提供の上で具体的な注意点を()内に記載して下さい。血圧管理について、どの程度の運動負荷なら可能なかという点等についても記載して下さい。行動障害について、行動障害が生じないようにするための対応や、生じた際の対処法など具体的に記載して下さい。精神症状について、精神症状の悪化が生じないようにするための対応や、生じた際の対処法など具体的に記載して下さい。

医師意見書②

対象者氏名

行動及び精神等の状態

(1) 行動上の障害
 昼夜逆転 暴言 自傷 他害 支援への抵抗 徘徊
 危険の認識が困難 不潔行為 異食 性的逸脱行為 その他 ()

(2) 精神症状・能力障害二軸評価
 精神症状評価 1 2 3 4 5 6
 能力障害評価 1 2 3 4 5

(3) 生活障害評価
 食事 1 2 3 4 5 生活リズム 1 2 3 4 5
 休養 1 2 3 4 5 金銭管理 1 2 3 4 5
 服薬管理 1 2 3 4 5 対人関係 1 2 3 4 5
 社会的適応を妨げる行動 1 2 3 4 5

(4) 精神・神経症状
 意識障害 記憶障害 注意障害
 社会的行動障害 その他の認知機能障害 気分障害(抑うつ気分)
 睡眠障害 幻覚 妄想
 専門科受診の有無 有 () 無

(5) てんかん
 ない 週1回以上 月1回以上 年1回以上

4. 特別な医療(現在、定期的あるいは頻回に受けている医療)
 処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析
 酸素療法 レスビレーター 気管
 経管栄養(胃ろう) 喀痰吸引処置(回数 回)
 特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 病室の失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

5. サービス利用に関する意見
 (1) 現在、発生の可能性が高い病態とその処方針
 尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎
 易感染性 心肺機能の低下 疼痛 脱水 行動障害
 けいれん発作 その他 ()
 → 処方針 ()
 (2) 障害福祉サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項
 血圧について ()
 嚥下について ()
 摂食について ()
 移動について ()
 行動障害について ()
 精神症状について ()
 その他 ()
 (3) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入)
 有 () 無 不明

6. その他特記すべき事項
 障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な情報(おぼろげな情報)を記載して下さい。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ください)

意識障害	自己と周囲の環境を正しく認識することができなくなったり、周囲の環境に対し適切に反応ができなくなった状態
記憶障害	前向き及び逆向性の健忘を示す状態
注意障害	全般的注意障害もしくは方向性注意障害のある状態
遂行機能障害	自分の行動を制御したり、管理することができなくなり、目的に合った行動をとれなくなる状態
社会的行動障害	認知障害に基づき、すぐに他人に頼る、欲求のコントロールができない、感情を爆発させる、良好な人間関係を築くことができない、こだわり、意欲低下などが社会生活の中で発現する状態
その他認知機能障害	先に挙げた障害以外で、日常生活を送るために必要な記憶、見当識、注意、言語、思考、判断などの活動に関する障害により環境、新しい問題への適切な対応が困難な状態
気分障害	気分の変化による障害
睡眠障害	睡眠の量・質・時間的調節が困難、また睡眠中に生じる挿間性の異常現象のある状態
幻覚	幻視・幻聴・幻臭・幻味・幻触・体感幻覚
妄想	病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、訂正不能な主観的確信をもって信じている状態