

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:	プロセスⅠ 区分3	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
障害程度区分基準時間:	54.9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	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	

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

I ADL	行動障害
6.00点	4.97点

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	収薬癖	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	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	独自の意味伝達	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	

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) イ. 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. イ. 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, 6-3-7 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,

(6-1, 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, イ) 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-イ) 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) 鼻をつねにはじっている。

(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) 話はできるが、理解力が十分とはいえず、複雑な内容は理解できない。

(メ) 集中力が欠け、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. 精神発達遅滞	発症年月日	(昭和)・平成	51年 11月 日頃)
2. 心因反応	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。)

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					
記入者氏名		所属機関		調査時間	

II 調査対象者

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

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	Ⓐ	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）・ Ⓒ				

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>8</u> 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

判定結果：	プロセスⅠ 区分2	プロセスⅡ 区分2	2次判定 区分4	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
障害程度区分基準時間：	36.0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	
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	
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	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	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	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	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, 6-3-1 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-1 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(7~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を持って行こうとする。待つようにいうと、自分だけ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か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)		
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 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	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

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	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分4	有効期間 1年	食事	排せつ	移動	清潔保持	間接	行動	機能訓練	医療関連
	50.4分				3.1分	12.4分	8.8分	14.0分	4.1分	0.4分	1.9分	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	
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	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	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	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

IADL	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) 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) 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, 6-3-7 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-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(7～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)		
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. 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年まで入退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	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

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>○</u> （ <u>○</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>○</u> 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>○</u> 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>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:	プロセスⅠ 区分2	プロセスⅡ 区分2	2次判定 区分4	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
障害程度区分基準時間:	38.6分				0.7分	2.4分	1.0分	4.2分	14.7分	5.0分	1.5分	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)		
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		
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		
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、治療しない(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、頓服のまどめのみを故意にして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どめ買ってしまう。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ぬ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, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-1 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-1 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) 自分の状況がつかなくて毎日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、頓服をまどめ飲みしてしまう。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 医療に関する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関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			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 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。)

<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	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

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） ④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（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Tel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、Tel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。