

【精神症状評価】

○別紙1を用いて評価し、結果を記載してください。
○知的障害による精神症状の評価を含み、知的障害そのものによる日常生活等の障害は、「能力障害評価」で判定するものとします。

【能力障害評価】

○別紙1を用いて評価し、結果を記載してください。
○判定に当たっては以下のことを考慮してください。
①日常生活あるいは社会生活において必要な「支援」とは助言、指導、介助などをいう。
②保護的な環境（例えば入院・施設入所しているような状態）でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定する。

【生活障害評価】

○別紙1を用いて評価し、結果を記載してください。

【現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針】

○現在あるかまたは今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性が高い状態があれば、レ印をつけ、その際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記載してください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記載してください。

【感染症の有無】

○サービスの提供時に、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、該当する項目にレ印をつけてください。有に該当する場合には、具体的な疾病名・症状等を（ ）内に記載してください。

【行動上の障害】

○該当する項目にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する項目すべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記載してください。

【精神・神経症状】

○該当する項目にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する項目すべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記載してください。
○専門科の受診について、該当する項目にレ印をつけてください。有に該当する場合には、受診している診療科名について（ ）内に記載してください。

【てんかん】

○てんかん発作がある場合は、その発作頻度について、該当する項目にレ印をつけてください。

【特別な医療】

○過去14日間に受けた14項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為（医師が同様の行為を行った場合を含む）についてレ印をつけてください。複数の診療補助行為を受けていた場合は、該当する項目すべてにレ印をつけてください。
○家族・本人が行える類似行為にはレ印をつけなくてください。

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 自傷	<input type="checkbox"/> 他害	<input type="checkbox"/> 支援への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 危険の認識が困難	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 性的逸脱行動	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
(2) 精神症状・能力障害二軸評価	精神症状評価 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6					
	能力障害評価 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
(3) 生活障害評価	生活リズム <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
	食事 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	生活リズム	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	金銭管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	対人関係
	保潔 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	服薬管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	対人関係	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	社会的適応を妨げる行動	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
(4) 精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <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"/> その他の認知機能障害 <input type="checkbox"/> 気分障害（抑うつ気分、軽躁/躁状態） <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ） 専門科受診の有無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無					
(5) てんかん	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 気管	<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"/> 疼痛の管理
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう）	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引処置（回数 回/日）	<input type="checkbox"/> 褥瘡の管理	<input type="checkbox"/> 腸膀胱の導尿
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）			

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対処方針	<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎	<input type="checkbox"/> 腸閉塞
	<input type="checkbox"/> 易感染性	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 疼痛	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 行動障害	<input type="checkbox"/> 精神症状の増悪
	<input type="checkbox"/> けいれん発作	<input type="checkbox"/> その他（ ）				
→ 対処方針（ ）						
(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（有の場合に具体的に記入）	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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医学的な意見等をご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。（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】

○医学的観点から、特に留意する点があれば、（ ）内に具体的な留意事項を記載してください。
*血圧：血圧管理についての留意点があれば記入。どの程度の運動負荷が可能か、なども記入。
*嚥下：嚥下運動機能（舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害についてサービス提供時の留意事項があれば具体的に記載。
*移動：移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば具体的に記載。
*行動障害：「5(1)」に記載していただいた行動の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載。また、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。
*精神症状：「5(1)」に記載していただいた精神症状について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載。また、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。
*その他：その他、医学的観点からの留意事項があれば、（ ）内に具体的に記載。

【その他特記すべき事項】

○障害支援区分判定や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ください。
○他の項目で記載しきれなかったこと、選択式では表現できないことを簡潔に記載してください。
○専門科に意見を求めた場合は、その結果、内容を簡潔に記載してください。情報提供書や身体障害者手帳申請の身体障害者診断書・意見書等の写しの添付も可能ですが、この場合、情報提供者の了解が必要です。

■■■ご記入のあとで■■■

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