

# 医師意見書記載の手引き

# 目 次

I	障害者自立支援法における医師意見書について	
1.	医師意見書の位置付け	1
2.	意見書の具体的な利用方法	1
II	記入に際しての留意事項	
1.	記入者	3
2.	記入方法	3
III	記入マニュアル	
0.	基本情報	3
1.	傷病に関する意見	4
2.	特別な医療	6
3.	心身の状態に関する意見	6
4.	サービスに関する意見	9
5.	特記すべき事項	10
(別紙1)	医師意見書	11
(別紙2)	精神症状・能力障害二軸評価、 生活障害評価の判定	13
(別添)	認定調査項目	16

# I 障害者自立支援法における医師意見書について

## 1 医師意見書の位置付け

障害者自立支援法（以下「法」という。）の対象となる障害者が障害福祉サービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度等についての障害程度区分認定（以下「区分認定」という。）を市町村から受ける必要があります。

この区分認定は、市町村職員等による認定調査によって得られた情報及び医師の意見に基づき、市町村等に置かれる保健・福祉の学識経験者から構成される市町村審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われます。

障害者から申請を受けた市町村は、支給決定のプロセスで医師の意見を聴くこととされており、申請者に主治医がいる場合には、主治医がその意見を記入することとされています。

この医師の意見書（別紙1）は図1のような支給決定プロセスの中で市町村審査会が二次判定を行う際に①106項目の調査項目、②特記事項ともに検討対象となるものです。

市町村審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うこととなりますので、なるべく難解な専門用語を用いることを避けていただき、平易にわかりやすく記入してください。

## 2 意見書の具体的な利用方法

意見書は、市町村審査会での審査や市町村での支給決定において、主として以下のように用いられます。

### (1) 支援の必要性がどの程度になるかの確認

市町村審査会では106項目の調査項目による一次判定結果を原案として審査判定を行います。調査項目については、介護保険の要介護認定に使用されている調査項目（79項目）に加え、障害者の特性をよりきめ細かく把握できるよう、行動関連、精神関連、手段的日常生活能力など27項目を追加したものとしています。審査判定にあたっては、意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、申請者の心身の状況を踏まえた支援の必要性の程度等を総合的に勘案することとなりますので、必要に応じて一次判定結果は変更されます。

従って、意見書の記入にあたっては、心身の状況や支援の必要性の程度等について具体的な状況を挙げて記入されるようお願いいたします。

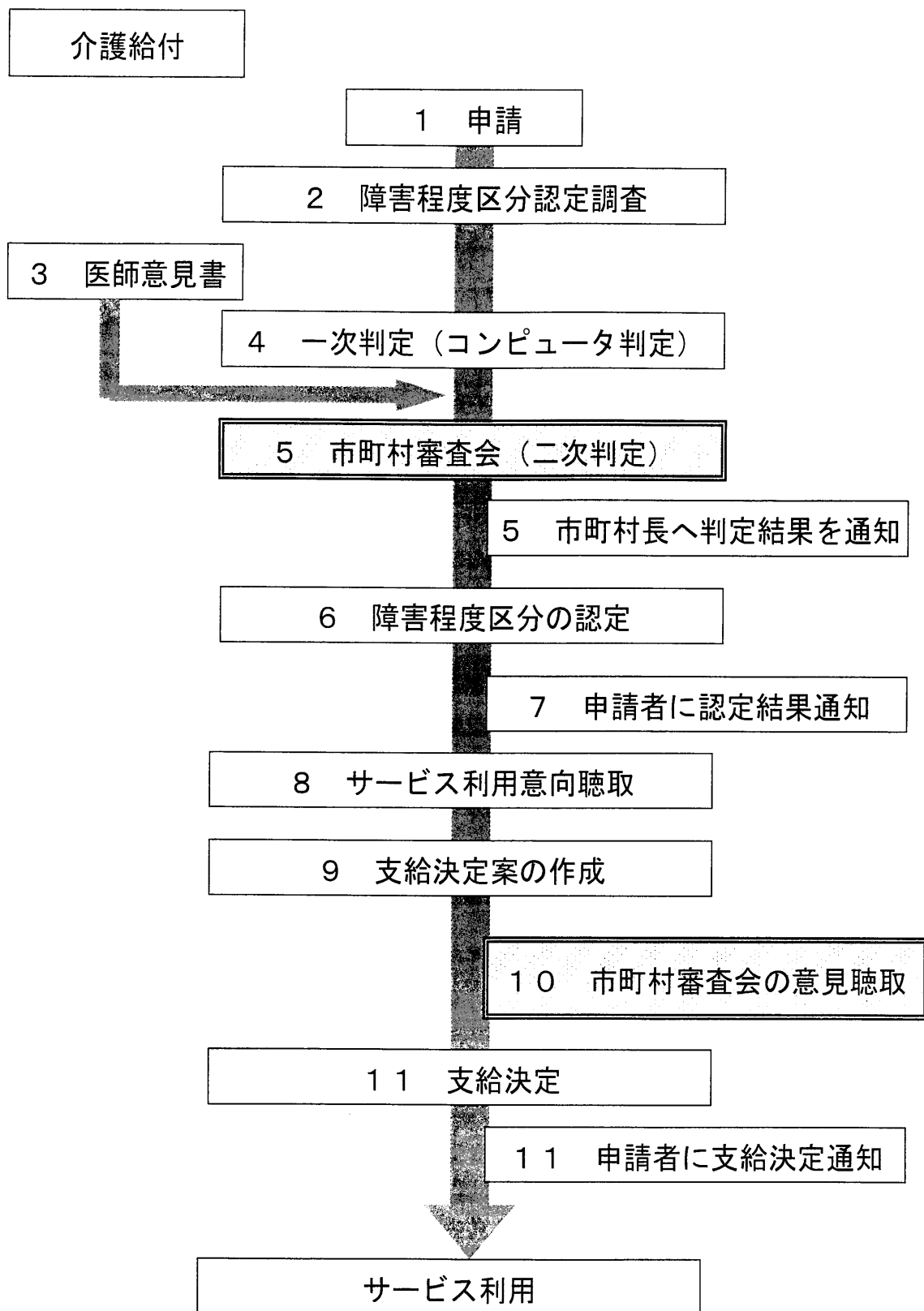


図1 支給決定の流れ

## (2) 認定調査による調査結果の確認・修正

認定調査は、調査対象者1人につき原則として1回で実施することとされており、また、調査員の専門分野も医療分野に限らず様々です。従って、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見の方が、より申請者の状況について正確に把握していることが明らかな場合には、市町村審査会は調査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととなります。

## (3) サービス利用計画作成時の利用

サービス利用計画の作成に際し、意見書の記載者が同意し、さらに申請者の同意が得られれば、意見書に記載された障害福祉サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、サービス提供者等に提供することになります。記載者の同意の有無については、意見書様式の最初に記入欄があります。同意される場合は、サービス利用計画作成上有用となる留意点を具体的に記入してください。

# II 記入に際しての留意事項

## 1. 記入者

意見書の記入は、申請者の障害の状況を把握している主治医が行ってください。

## 2. 記入方法

意見書への記入は、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パーソナルコンピュータ等を使用することはさしつかえありません。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また口にレ印をつけてください。

# III 記入マニュアル

## 0. 基本情報

「申請者の氏名」等

- (1) 申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。
- (2) 性別については、該当する性別に○印をつけてください。
- (3) 生年月日及び年齢(満年齢)については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。
- (4) 住所及び連絡先については、居住地(自宅)の住所及び電話番号も記入してください。

い。施設・病院等に入院・入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。

- (5) 主治医として意見書がサービス利用計画作成の際に利用されることについて同意する場合は「同意する」に、同意しない場合には「同意しない」にレ印をつけてください。

同意する場合には、サービス利用計画を作成する相談支援事業者に提示されます。

なお、申請者本人の同意を得た上で意見書を相談支援事業者に示す取扱いとなっていることから、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添えます。

#### 「医師氏名」等

意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、主治医の氏名を記入してください。

なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地及び名称等は、ゴム印等を用いても構いません。

ただし、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。氏名にもゴム印等を用いる場合は、押印してください。

#### (1) 最終診察日

申請者を最後に診察した日を記入してください。

#### (2) 意見書作成回数

申請者について意見書を初めて作成する場合は「初回」に、2回目以降の場合は「2回目以上」にレ印をつけてください。

#### (3) 他科受診の有無

申請者が他科を受診しているかどうかについて、おわかりになる範囲で結構です。有の場合は、該当する診療科名のにレ印をつけてください。意見書中に該当する診療科名がない場合には、その他の( )内に診療科名を記入してください。

### 1. 傷病に関する意見

#### (1) 診断名

現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を記入してください。

発症年月日があきらかにわからない場合は、おおよその発症年月を記入してください。例えば、脳血管障害の再発や併発の場合には、直近の発作（発症）が起きた年月日を記入してください。

生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合もまれではありませんが、より主体であると考えられる傷病を優先して記入してください。

なお、4種類以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記入にとどめ、必要であれば、「5. その他特記すべき事項」の欄に記入してください。

※： 生活機能とは、心身機能に加え、①ADL（日常生活行為）・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ことである「参加」、のすべてを含む包括概念。

生活機能には健康状態（病気・怪我・ストレスなど）、環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）、個人因子（年齢・性別など）などが様々に影響する。

## （2）症状としての安定性

上記（1）で記入した「障害の直接の原因となっている傷病」の安定性について、該当する口にレ印をつけてください。

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。記載欄が不足する場合は「（3）障害の直接の原因となっている傷病及び投薬内容を含む治療内容」に記載してください。

現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

なお、症状には日内変動や日差変動があるため、介護者からの情報にも留意してください。

## （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

上記「（1）1. 診断名」に記入した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について要点を簡潔に記入してください。

障害者においては、居宅内での生活機能の低下に加え、身体障害、知的障害、精神障害に関連した外出の機会の減少、社会参加の機会の減少等さまざまな要因が加わることによる生活機能の低下が考えられます。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載してください。

投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外にも、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入してください。（ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記入するようにしてください。）

意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。

また、精神疾患については一定の期間内における症状の不安定性がみられることがあります。こうした情報についても記載してください。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、これに関する情報も記載してください。

## 2. 特別な医療

申請者が過去14日間に受けた13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診療行為として行った場合を含む）について該当する口にレ印をつけてください。

「医師でなければ行えない行為」、「家族／本人が行える類似の行為」は含まれないので注意してください。

なお、この項目は、訪問調査においても、調査員によるチェックの対象となっていますが、認定調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書においても記入をお願いするものです。

なお、13項目以外の医師が行った治療行為は含まれない点に留意してください。

## 3. 心身の状態に関する意見

### (1) 行動上の障害の有無

申請者に認められる行動上の障害の有無について、該当する口にレ印をつけてください。有の場合は、その内容について、以下の定義を参考にして、該当する口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、該当する口の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（ ）内に記入してください。

昼夜逆転	夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。
暴言	発語的暴力をいう。
暴行	物理的暴力をいう。
介護への抵抗	介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。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。
火の不始末	たばこの火、ガスコンロ等あらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。
不潔行為	排泄物を弄んだり撒き散らす場合等をいう。体が清潔でないことは含まれない。
異食	食欲異常の一種。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こと。
性的行動障害	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こと。

### (2) 精神・神経症状の有無

行動上の障害以外の精神・神経症状があれば、「口有」にレ印をつけ、その症状名を記入してください。有の場合、専門医を受診している場合は「口有」にレ印をつけ、（ ）内に受診の科名を記入してください。

また、申請者の状態から判断して、以下に挙げる定義の中からあてはまるものがあれば、症状名に記入してください。てんかん発作がある場合については、「口有」とその頻度にレ印をつけてください。

せん妄	意識変容の一つ。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、偽幻覚、幻覚、不安・恐怖、精神運動性の興奮を伴う。夜間に起こりやすい（夜間せん妄）。
傾眠傾向	意識の清明性の障害。意識混濁は軽度で、反復して強い刺激を与えればやや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入眠してしまうような状態。
幻視・幻聴	幻視とは、視覚に関する幻覚。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えること。 幻聴とは、聴覚領域の幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。
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、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じていること。これに対し、訂正可能である場合は錯覚という。
失見当識	見当識の機能が失われた状態。多くの場合、意識障害がある際にみられる（意識障害性）ため、意識障害の有無をみる必要がある。その他、認知症等で記憶力障害のある場合（健忘性）、妄想によって周囲を正しく判断していない場合（妄想性）等にも認められる。
失認	局在性の脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、意識障害等に原因するとはいえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認および視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随意的、合目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の脳病変で起こる後天性の行為障害。
認知障害	日常生活を送るために必要な記憶、見当識、注意、言語、記憶、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。
記憶障害 （短期、長期）	前向きおよび逆向性の健忘。前向き健忘は発症後の新しい情報や出来事を覚えることができなくなり記憶として保持されず、逆向健忘は発症以前の出来事や体験に関する記憶が障害される
注意障害	全般性注意障害と方向性注意障害があり、全般性注意障害は、ひとつのことに注意を集中したり、多数の中から注意して必要なことを選ぶことなどが困難になり、方向性注意障害は半側空間無視とも呼ばれ、脳損傷の反対側の空間にあるものを無視する。
遂行機能障害	目的に適った行動の計画と実行の障害。この障害により自分の行動を制御したり管理することができなくなり、目的に適った行動を取れなくなる。
社会的行動障害	認知障害に基づいて社会生活の中で発現する行動上の障害。すぐに他人を頼る、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、ひとつの物事にこだわる、意欲の低下などがある。

### （3）身体の状態

#### 利き腕

利き腕について、該当する方の口にレ印をつけてください。

#### 身長・体重

身長及び体重について、おおよその数値を記入してください。また、過去6ヶ月程度における体重の変化について、3%程度の増減を目途に、該当する口にレ印をつけてください。

## 麻痺・褥瘡等

麻痺・褥瘡等の状態について、該当するものがあれば□にレ印をつけてください。介護の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては具体的に記入してください。程度については、麻痺・褥瘡等の状態が介護にどの程度影響するのかという観点から、あてはまる程度の□にレ印をつけてください。なお、麻痺については、訪問調査においても、同様の項目がありますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、日常生活に影響があるかどうかで判断することとしており、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いするものです。

四肢欠損	腕、肢、指等について、欠損が生じている状態。
麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下あるいは随意運動の障害。
筋力の低下	麻痺以外の原因による随意運動に支障のある筋力の低下。
関節の拘縮	関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じる関節の可動域制限。
関節の痛み	日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態
失調	運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴である。
不随意運動	意志や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。
褥瘡	廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫およびずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
その他皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。

#### 4. サービスに関する意見

##### (1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

日常の申請者の状態を勘案して、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、該当する口にレ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入してください。

##### (2) 介護サービス（ホームヘルプ等）利用に関する医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、「口あり」にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないように、（ ）内に具体的な留意事項を記載してください。また、血圧・嚥下等以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の（ ）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、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入してください。

##### 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、具体的に記載してください。

##### 摂食

摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

##### 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、具体的に記載してください。

##### その他

その他、医学的観点からの留意事項があれば、（ ）内に具体的に記載してください。

### (3) 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□にレ印をつけてください。有の場合には、具体的な症病名・症状等を（ ）内に記入してください。

## 5. その他特記すべき事項

申請者の主治医として、障害程度区分変更を含む区分認定の審査判定およ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入してください。特に、他の項目で記入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入してください。

また、精神障害を有する申請者の場合は、精神症状・能力障害二軸評価、生活障害評価（別紙2参照）についても判定してください。

さらに、行動障害を伴う知的障害についても、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入してください。特に、他の項目で記入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入してください。

なお、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。

# 医師意見書

別紙 1

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 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 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. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成	年 月	～	年 月 (傷病名: )
2. 昭和・平成	年 月	～	年 月 (傷病名: )
(2) 症状としての安定性 <input 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)			

## 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 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"/> 性的問題 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無	
<input 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・幻覚 <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	

<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:      能力障害:      ) <判定時期 平成      年      月>

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

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

## 1. 精神症状・能力障害二軸評価

## (1) 精神症状評価

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

回答欄	
1.	症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2.	精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3.	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
4.	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達が判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性的幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5.	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい減裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
6.	活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

## (2) 能力障害評価

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

(詳細は別紙「能力障害」評価表を参照してください)

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

## 2. 生活障害評価

現在の生活障害について、該当する項目を1つ選択し、○をつけてください。

No.	項目	回答欄	内容
1	食事	1)	適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)
		2)	時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1)がだいたい自主的にできる。
		3)	時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
		4)	いつも同じものばかりを食ったり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
		5)	常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
2	生活リズム	1)	一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 (※一般的には午前9時には起きていることが望まれる)
		2)	時に寝過ぎずことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
		3)	時に助言がなければ、寝過ぎずが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。
		4)	起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
		5)	臥床がちで、昼夜逆転したりする。

No.	項目	回答欄	内容
3	保清		1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。
			2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなえる。
			3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
			4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
			5) 5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。
4	金銭管理		1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
			2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
			3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
			4) 3~4日に一度手渡しで相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
			5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。
5	服薬管理		1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
			2) 薬の必要性は理解しているにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
			3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
			4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助(場合によりデポ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
			5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。
6	対人関係		1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
			2) 1)が、だいたい自主的にできる。
			3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
			4) 1)で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3)がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
			5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。
7	社会的適応を妨げる行動		1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
			2) この1月に、1)のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
			3) 3) この1月に、そのような行動が何回があった。
			4) 4) この1週間に、そのような行動が数回あった。
			5) 5) そのような行動が毎日のように頻回にある。

## 「能力障害」評価表

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

- A) 日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは助言、指導、介助などをいう。
- B) 保護的な環境(例えば入院しているような状態)でなく、例えばアパート等で单身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定する。
- C) 判断は長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする。

### ①「能力障害1」 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る。

適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理や買い物、通院や服薬、適切な対人交流、身の安全保持や危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味や娯楽あるいは文化的社会的活動への参加などが自発的に出来るあるいは適切に出来る。

精神障害を持たない人と同じように日常生活及び社会生活を送ることが出来る。

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

①に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部援助を必要とする場合がある。

例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。

デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加するもの、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことは出来るが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせる事ができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ね出来る。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

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

①に記載のことが概ね出来るが、援助を必要とする場合が多い。

例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来たしやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

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

①に記載のことは常時援助がなければ出来ない。

例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである、自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来たしやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

### ⑤「能力障害5」 精神障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。

①に記載のことは援助があってもほとんど出来ない。

例えば、入院患者においては、院内の生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的には行えず、常時援助を必要とする。

## 認定調査票

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

特記事項 ⇒1

1.ない	2.左上肢	3.右上肢	4.左下肢	5.右下肢	6.その他
------	-------	-------	-------	-------	-------

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

⇒1

1.ない	2.肩関節	3.肘関節	4.股関節	5.膝関節	6.足関節	7.その他
------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

2-1 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1.つかまらないでできる	2.何かにつかまればできる	3.できない
--------------	---------------	--------

2-2 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1.つかまらないでできる	2.何かにつかまればできる	3.できない
--------------	---------------	--------

2-3 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1.できる	2.自分の手で支えればできる	3.支えてもらえればできる	4.できない
-------	----------------	---------------	--------

2-4 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1.支えなしでできる	2.何か支えがあればできる	3.できない
------------	---------------	--------

2-5 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1.つかまらないでできる	2.何かにつかまればできる	3.できない
--------------	---------------	--------

2-6 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1.できる	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
-------	--------	--------	-------

2-7 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1.できる	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
-------	--------	--------	-------

3-1 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1.つかまらないでできる	2.何かにつかまればできる	3.できない
--------------	---------------	--------

3-2 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1.支えなしでできる	2.何か支えがあればできる	3.できない
------------	---------------	--------

3-3 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒3

1.できる	2.一部介助	3.全介助	4.行っていない
-------	--------	-------	----------

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無について、あてはまる番号に○印をつけてください。 ⇒4

ア.じょくそう（床ずれ）がありますか	1.ない	2.ある
イ.じょくそう（床ずれ）以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか	1.ない	2.ある

4-2 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1.できる	2.見守り等	3.できない
-------	--------	--------

4-3 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1.できる	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
-------	--------	--------	-------

4-4 飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1.できる	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
-------	--------	--------	-------

4-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1.できる	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
-------	--------	--------	-------

4-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1.できる	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
-------	--------	--------	-------

5-1 清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1.できる	2.一部介助	3.全介助
ア.口腔清潔（はみがき等）	1	2	3
イ.洗顔	1	2	3
ウ.整髪	1	2	3
エ.つめ切り	1	2	3

5-2 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1.できる	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
ア.上衣の着脱	1	2	3	4
イ.ズボン、パンツ等の着脱	1	2	3	4

5-3 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1.できる	2.一部介助	3.全介助
-------	--------	-------

5-4 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1.できる	2.一部介助	3.全介助
-------	--------	-------

5-5 電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1.できる	2.一部介助	3.全介助
-------	--------	-------

5-6 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

- |        |                 |           |         |
|--------|-----------------|-----------|---------|
| 1. できる | 2. 特別な場合を除いてできる | 3. 日常的に困難 | 4. できない |
|--------|-----------------|-----------|---------|

6-1 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- |                       |
|-----------------------|
| 1. 普通（日常生活に支障がない）     |
| 2. 約1 m離れた視力確認表の図が見える |
| 3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える |
| 4. ほとんど見えない           |
| 5. 見えているのか判断不能        |

6-2 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- |                      |
|----------------------|
| 1. 普通                |
| 2. 普通の声がやっと聞き取れる     |
| 3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる |
| 4. ほとんど聞えない          |
| 5. 聞えているのか判断不能       |

6-3-7 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- |                      |
|----------------------|
| 1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる |
| 2. ときどき伝達できる         |
| 3. ほとんど伝達できない        |
| 4. できない              |

6-3-1 本人独自の表現方法を用いた意思表示について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

- |                               |
|-------------------------------|
| 1. 独自の方法によらずに意思表示ができる。        |
| 2. 時々、独自の方法でないと意思表示できないことがある。 |
| 3. 常に、独自の方法でないと意思表示できない。      |
| 4. 意思表示ができない。                 |

6-4-7 介護者の指示への反応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- |               |                   |                |
|---------------|-------------------|----------------|
| 1. 介護者の指示が通じる | 2. 介護者の指示がときどき通じる | 3. 介護者の指示が通じない |
|---------------|-------------------|----------------|

6-4-1 言葉以外のコミュニケーション手段を用いた説明の理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- |  |
|--|
| 1. 日常生活においては、言葉以外の方法（ジェスチャー、絵カード等）を用いなくても説明を理解できる。 |
| 2. 時々、言葉以外の方法（ジェスチャー、絵カード等）を用いないと説明を理解できないことがある。   |
| 3. 常に、言葉以外の方法（ジェスチャー、絵カード等）を用いないと説明を理解できない。        |
| 4. 言葉以外の方法を用いても説明を理解できない。                          |

6-5 記憶・理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

ア. 毎日の日課を理解することが	1. できる	2. できない
イ. 生年月日や年齢を答えることが	1. できる	2. できない
ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが	1. できる	2. できない
エ. 自分の名前を答えることが	1. できる	2. できない
オ. 今の季節を理解することが	1. できる	2. できない
カ. 自分がいる場所を答えることが	1. できる	2. できない

7 行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒7

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
イ. 作話をし周囲に言いふらすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ウ. 実際にないものが見えたり、聞えることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
カ. 暴言や暴行が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ク. 大声をだすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
コ. 目的もなく動き回ることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ス. 1人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
リ. 火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ロ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
チ. 不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ）ことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ツ. 食べられないものを口に入れることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある (3A. 週1回以上 3B. ほぼ毎日)
テ. ひどい物忘れが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ト. 特定の物や人に対する強いこだわりが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ナ. 多動または行動の停止が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上 4. 週に1回以上 5. ほぼ毎日
ニ. パニックや不安定な行動が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上 4. 週に1回以上 5. ほぼ毎日
ヌ. 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上 4. 週に1回以上 5. ほぼ毎日
ネ. 叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上 4. 週に1回以上 5. ほぼ毎日

ノ.他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくることが	1.ない	2.希にある	3.月に1回以上
	4.週に1回以上	5.ほぼ毎日 (ほぼ外出のたび)	
ハ.環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが	1.ない	2.希にある	3.週に1回以上
	4.日に1回以上	5.日に頻回	
ヒ.突然走っていなくなるような突発的行動が	1.ない	2.希にある	3.週に1回以上
	4.日に1回以上	5.日に頻回	
フ.過食、反すう等の食事に関する行動が	1.ない	2.希にある	3.月に1回以上
	4.週に1回以上	5.ほぼ毎日	
ア.気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力も低下することが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
カ.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ことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
マ.他者と交流することの不安や緊張のため外出できないことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
ミ.一日中横になっていたたり、自室に閉じこもって何もしないでいることが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
ム.話がまとまらず、会話にならないことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
メ.集中が続かず、いわれたことをやりとおせないことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
モ.現実には合わず高く自己を評価することが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
ヤ.他者に対して疑い深く拒否的であることが	1.ない	2.ときどきある	3.ある

8 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。

(複数回答可)

⇒8

<b>処置内容</b>	1.点滴の管理	2.中心静脈栄養	3.透析	4.ストーマ(人工肛門)の処置
	5.酸素療法	6.レスピレーター(人工呼吸器)	7.気管切開の処置	
	8.疼痛の看護	9.経管栄養		
<b>特別な対応</b>	10.モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		11.じょくそうの処置	
<b>失禁への対応</b>	12.カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)			

9-1 調理(献立を含む)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1.できる	2.見守り、一部介助	3.全介助
-------	------------	-------

9-2 食事の配膳・下膳(運ぶこと)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1.できる	2.見守り、一部介助	3.全介助
-------	------------	-------

9-3 掃除(整理整頓を含む)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1.できる	2.見守り、一部介助	3.全介助
-------	------------	-------

9-4 洗濯について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1.できる	2.見守り、一部介助	3.全介助
-------	------------	-------