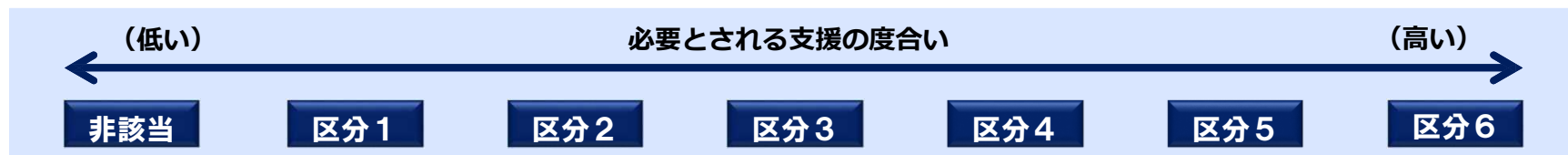


# 障害者総合支援法における「障害支援区分」の概要

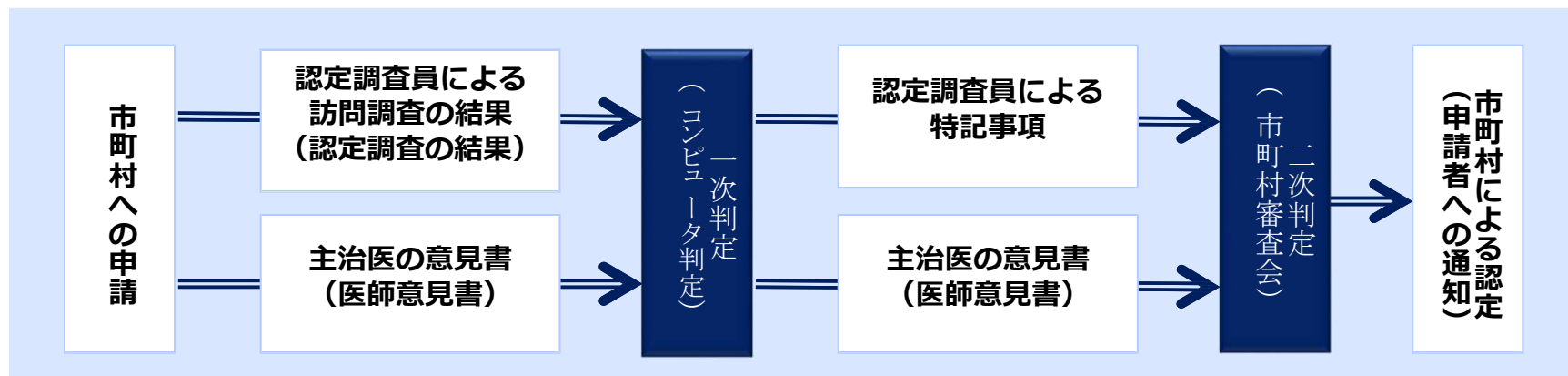
## ① 障害支援区分の定義（法第4条第4項）

○ 障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すもの。



## ② 障害支援区分の認定手続き

○ 市町村は、障害者等から介護給付費等の支給に係る申請を受理した場合、以下の手続きによる「障害支援区分の認定」を行う。



## ③ 市町村審査会による二次判定結果（令和4年10月～令和5年9月）

非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	合計
35件	4,396件	52,631件	57,631件	47,957件	37,973件	60,666件	261,289
0.0%	1.7%	20.1%	22.1%	18.4%	14.5%	23.2%	100.0%

# 障害支援区分の認定調査項目(80項目)

1. 移動や動作等に関連する項目(12項目)				
1-1 寝返り	1-2 起き上がり	1-3 座位保持	1-4 移乗	
1-5 立ち上がり	1-6 両足での立位保持	1-7 片足での立位保持	1-8 歩行	
1-9 移動	1-10 衣服の着脱	1-11 じょくそう	1-12 えん下	
2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目(16項目)				
2-1 食事	2-2 口腔清潔	2-3 入浴	2-4 排尿	
2-5 排便	2-6 健康・栄養管理	2-7 薬の管理	2-8 金銭の管理	
2-9 電話等の利用	2-10 日常の意思決定	2-11 危機の認識	2-12 調理	
2-13 掃除	2-14 洗濯	2-15 買い物	2-16 交通手段の利用	
3. 意思疎通等に関連する項目(6項目)				
3-1 視力	3-2 聴力	3-3 コミュニケーション	3-4 説明の理解	
3-5 読み書き	3-6 感覚過敏・感覚鈍麻	—	—	
4. 行動障害に関連する項目(34項目)				
4-1 被害的・拒否的	4-2 作話	4-3 感情が不安定	4-4 昼夜逆転	4-5 暴言暴行
4-6 同じ話をする	4-7 大声・奇声を出す	4-8 支援の拒否	4-9 徘徊	4-10 落ち着きがない
4-11 外出して戻れない	4-12 1人で出たがる	4-13 収集癖	4-14 物や衣類を壊す	4-15 不潔行為
4-16 異食行動	4-17 ひどい物忘れ	4-18 こだわり	4-19 多動・行動停止	4-20 不安定な行動
4-21 自らを傷つける行為	4-22 他人を傷つける行為	4-23 不適切な行為	4-24 突発的な行動	4-25 過食・反すう等
4-26 そう鬱状態	4-27 反復的行動	4-28 対人面の不安緊張	4-29 意欲が乏しい	4-30 話がまとまらない
4-31 集中力が続かない	4-32 自己の過大評価	4-33 集団への不適応	4-34 多飲水・過飲水	—
5. 特別な医療に関連する項目(12項目)				
5-1 点滴の管理	5-2 中心静脈栄養	5-3 透析	5-4 ストーマの処置	
5-5 酸素療法	5-6 レスピレーター	5-7 気管切開の処置	5-8 疼痛の看護	
5-9 経管栄養	5-10 モニター測定	5-11 じょくそうの処置	5-12 カテーテル	

# 医師意見書

医師意見書	
記入日	令和 年 月 日
申請者	(ふりがな) 明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳) 男・女 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等利用計画の作成に当たって利用されることに <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 _____ 電話 ( ) _____ 医療機関所在地 _____ FAX ( ) _____	
(1) 最終診察日	平成・令和 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	<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 ( )
<b>1. 傷病に関する意見</b>	
(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・令和) 年 月 日(頃) 2. _____ 発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日(頃) 3. _____ 発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日(頃)	
入院歴(直近の入院歴を記入) 1. 昭和・平成・令和 年 月 ~ 年 月(傷病名: ) 2. 昭和・平成・令和 年 月 ~ 年 月(傷病名: )	
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 不安定である場合、具体的な状況を記入。 特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。	
(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	
<b>2. 身体の状態に関する意見</b>	
(1) 身体情報 利き腕( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 身長= _____ cm 体重= _____ kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)	
(2) 四肢欠損 (部位: _____)	
(3) 麻痺 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) その他(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
(4) 筋力の低下 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) (過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪)	
(5) 関節の拘縮 肩関節 右(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 肘関節 右(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 股関節 右(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 膝関節 右(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) その他(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
(6) 関節の痛み (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) (過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪)	
(7) 失調・不随意運動 上肢 右(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 体幹(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 下肢 右(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
(8) 褥瘡 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
(9) その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	

<b>3. 行動及び精神等の状態に関する意見</b>	
(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"/> 暴食 <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 (判断時期 令和 年 月) 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 (判断時期 令和 年 月) 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 保清 <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 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 社会的適応力 <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"/> 逆行機能障害 <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	
<b>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)</b>	
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"/> レスビレーター <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"/> 関節的導尿 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)	
<b>5. サービス利用に関する意見</b>	
(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(有の場合は具体的に記入) <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
<b>6. その他特記すべき事項</b> 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ど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。)	