

自立支援医療(精神通院医療)および
精神障害者保健福祉手帳の
申請用診断書の記載方法等について
(平成29年度版)

長崎県
長崎こども・女性・障害者支援センター



Nagasaki Prefectural
Government

もくじ

I.はじめに	p 1
II.診断書作成における留意点	p 2
III.自立支援医療(精神通院医療)用診断書記載要領	p 4
IV.精神障害者保健福祉手帳用診断書記載要領	p 7
V.記入例集	p 11
自立支援医療(精神通院医療)用診断書	p 13
精神障害者保健福祉手帳用診断書	p 53
VI.資料等	p 75
①自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針	p 76
②精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準	p 79
③精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明	p 82
④障害等級の基本的なとらえ方	p 88
⑤精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項	p 90
⑥非精神病性障害における自立支援医療費(精神通院医療)の支給対象となる病態	p 94

I.はじめに

先生方におかれましては、県内の精神保健福祉医療の推進に平素から格別のご支援ご協力をいただきまして感謝申し上げます。

さて、自立支援医療(精神通院医療)および精神障害者保健福祉手帳につきましては、平成14年4月に判定基準、診断書の様式等に大きな変更がなされ、平成15年5月に冊子『精神障害者通院医療費公費負担および精神障害者保健福祉手帳の申請用診断書の記載方法等について』を作成し、関係医療機関に配布させていただきました。

その後、障害者自立支援法(現、障害者総合支援法)が施行され、平成18年4月には、精神障害者通院医療費公費負担(精神保健福祉法第32条に規定)が、自立支援医療(精神通院医療)に移行したことに伴い、用語の変更、記入例集の充実および新たに「診断書作成における留意点」を追加し、平成19年7月に改訂版を作成し、3回の改定を重ねてまいりました。

また、平成23年には、従来、障害者としての位置づけと支援が不十分であった発達障害及び高次脳機能障害について、医療福祉サービスの必要性に関する社会的関心が高まったことをうけて、自立支援医療及び精神障害者保健福祉手帳の申請用診断書が各疾患の病状や状態像等の評価がしやすい様式に改定されています。

このたびの改定は、判定基準そのものは、初版と変更はありませんが、これまでのお問い合わせや当方からの照会が多かった事項を踏まえ、診断書の記載要領等の内容の追加を行っています。また、精神科医以外の先生が作成する診断書も多くなっていますので、記入例集の充実を図りました。まだ、不十分な点もあるかとは思いますが、皆様のお役に立てていただければ、幸いです。

自立支援医療費支給制度と精神障害者保健福祉手帳制度は、精神障害を持つ方々にとっての最も重要な医療福祉サービスの一つであります。これらの制度の審査判定に携わる私どもとしては、精神障害のために通院の継続が必要であったり、生活障害が持続し福祉サービスを必要としている方々が、もれなく、そして速やかに本制度を利用できるよう、適正かつ迅速な審査を心がける方針でございますので、診断書作成の際には、格別のご配慮とご協力をお願いいたします。

平成30年3月

長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター
所長 浦田 実

II. 診断書作成における留意点

1. 書面審査における原則

自立支援医療費(精神通院医療費)の支給および精神障害者保健福祉手帳の等級の判定は、“書面審査”という形をとっており、申請用診断書に記載された内容だけが審査対象となります。

書いてある内容以外の情報を判断の根拠とすることは、公正を欠くこととなりますので、判定委員会の委員には許されておりません。

したがって、申請用診断書に明記されていない事項は“存在しないもの”となり、場合によっては、不承認という判断がなされますので、当該患者の病歴や症状、症状に伴う生活障害の程度等、必要事項を必ず明記してください。

中には、「判定委員も精神科の医師なのだから、病態の重症度などは病名や入院歴等から推測できるだろう」といったご不満が寄せられておりますが、書面審査の原則ですので、ご理解のほど、よろしくお願いいたします。

診断書の記載要領を、第Ⅲ節および第Ⅳ節に載せておりますが、特に、審査する上で重要となるポイントを以下に示しておきます。

★審査上の重要ポイント

(1) 自立支援医療(精神通院医療)

1) 当該医療機関に通院治療中であることが明記されていること

当該受診者が、診断書作成時点において当該医療機関に通院治療中であることが、明記してあることが必要です。

申請用診断書の②「発病から現在までの病歴」欄に、“現在、当該医療機関に通院している旨”を明記してください。

医療機関名が明記されていなかったり、入院加療中なのか、通院加療中なのか判断のつきにくい記載が散見されます。

当該受診者が、診断書作成時点において当該医療機関に通院治療中であることが、明記されていない場合は、不承認とさせていただきます (p40～41 参照) のので、適切な記載をお願いいたします。

2) “精神病、あるいはそれと同等の病態” にあり、

持続するか、あるいは消長を繰り返し、継続的な通院治療が必要であることを示す具体的情報が明記されていること

当該受診者が、“精神病、あるいはそれと同等の病態”にある場合は、申請用診断書の④「③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等」欄に、具体的な症状、その程度、持続期間や頻度、および生活障害の程度を示す具体的な情報を明記してください。

当該申請者が、“精神病、あるいはそれと同等の病態”にあると明らかに判断できる情報が記載されていない場合は、不承認とさせていただきます (p42～45 参照) のので、適切な記載をお願いいたします。

なお、非精神病性障害における“精神病、あるいはそれと同等の病態”については、p92～93の『非精神病性障害における自立医療支援費(精神通院医療費)の支給対象となる病態』(以下『支給病態』)をご参照ください。

(※) てんかんの場合、③「現在の病状、状態像等」欄の(8)に、発作型と発作頻度を記入の上、④欄には、部分発作であれば意識減損を伴わない単純部分発作なのか、意識減損を伴う複雑部分発作なのか、自動症を伴うものなのか、さらには二次性全般化強直間代発作なのか、全般発作であれば、欠神発作、ミオクロニー発作、間代発作、強直発作、強直間代発作、脱力発作のうちどのような発作が出現し、それぞれの発作が月もしくは年に何回程度なのかについて、具体的にご記載下さい。

また、長期に発作が抑制されている場合には、④欄に、継続的な薬物療法の必要性を示唆する脳波所見と検査年月日、あるいは減薬時に予兆が出現するなど、治療継続を要すると判断する医学的根拠を必ず記載してください。本人や家族等の希望など、医学的根拠とは言えない理由による治療継続は本制度の対象とはならないことをご留意ください。

(2) 精神障害者保健福祉手帳

1) 初診日から6ヶ月以上経過していること

診断書作成時点において初診日から6ヶ月以上経過していない場合は、非該当となります。

2) 障害の程度を示す、具体的症状とその持続期間や頻度、および生活障害の程度を示す具体的情報が明記されていること

申請用診断書の⑤「④の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等」欄に、具体的な症状、その程度、持続期間や頻度等を明記してください。

また、⑦「⑥の具体的程度、状態像等」欄に、生活障害の程度を示す具体的な情報を明記してください。なお、⑦欄の生活障害に関する記載内容と、⑥「生活能力の状態」欄の記載内容は当然一致するべきものですので、⑥欄において生活能力の障害が重度であるという記載をする場合は、⑦欄には、より具体的な生活障害関連情報の記載が必要となります。

⑤欄及び⑦欄の記載が不十分な場合、手帳の適否や等級の判定が困難となります。判定不能の場合、非該当となることもありますので、できるだけ具体的に記載してください。

(※) てんかんの場合、手帳の等級の判定は、発作型と発作頻度にしたがって行われますので、発作型と発作頻度、および最終発作年月日を、④「現在の病状、状態像等」欄の(8)に記入の上、⑤欄には、部分発作であれば意識減損を伴わない単純部分発作なのか、意識減損を伴う複雑部分発作なのか、自動症を伴うものなのか、さらには二次性全般化強直間代発作なのか、全般発作であれば、欠神発作、ミオクロニー発作、間代発作、強直発作、強直間代発作、脱力発作のうちどのような発作が出現し、それぞれの発作が月もしくは年に何回程度なのかについて、具体的にご記載ください。

III. 自立支援医療(精神通院医療)用診断書 (別紙様式第7号) 記載要領

(別紙様式第7号)

※ 判定 理由		承認・条件付承認・保留・不承認
---------------	--	-----------------

診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名	年 月 日(歳)	男・女
住 所		
① 病 名 (ICDコードはF00～F99、G40のいずれかを記載)	(1)主たる精神障害 _____ ICDコード' () (2)従たる精神障害 _____ ICDコード' () (3)身体合併症 _____	
② 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載)		
③ 現在の病状、状態像等 (次の内から、治療を中止した時に出現する可能性のある症状も含めて該当する項目を○で囲んで下さい。)		
(1) 抑うつ状態 1. 思考・運動抑制 2. 易刺激性・興奮 3. 憂うつ気分 4. その他 ()		
(2) 躁状態 1. 行為逼迫 2. 多弁 3. 感情高揚・易刺激性 4. その他 ()		
(3) 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. その他 ()		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1. 興奮 2. 昏迷 3. 拒絶 4. その他 ()		
(5) 統合失調症等残遺状態 1. 自閉 2. 感情平板化 3. 意欲の減退 4. その他 ()		
(6) 情動及び行動の障害 1. 爆発性 2. 暴力・衝動行為 3. 多動 4. 食行動の異常 5. チック・汚言 6. その他 ()		
(7) 不安及び不穏 1. 強度の不安・恐怖感 2. 強迫体験 3. 心的外傷に関連する症状 4. 解離・転換症状 5. その他 ()		
(8) てんかん発作 (けいれん及び意識障害) 1. てんかん発作 発作型 () 頻度 () 2. 意識障害 3. その他 ()		
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1. アルコール 2. 覚せい剤 3. 有機溶剤 4. その他 () ア. 乱用 イ. 依存 ウ. 残遺性・遅発性精神病性障害 エ. その他 ()		
(10) 知能・記憶・学習等の障害 1. 知的障害(精神遅滞) ア. 軽度 イ. 中度 ウ. 重度 2. 認知症 3. その他の記憶障害 () 4. 学習の困難 ア. 読み イ. 書き ウ. 算数 エ. その他 () 5. 遂行機能障害 6. 注意障害 7. その他 ()		
(11) 広汎性発達障害関連症状 1. 相互的な社会関係の質的障害 2. コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3. 限定した常同的・反復的な関心と活動 4. その他 () (2) その他 ()		

1. 「氏名、生年月日、年齢、性別、住所」欄

これらについては、受診者本人の特定に関わる重要な事項ですので、記入漏れのないようにしてください。

なお、年齢・住所は診断書作成日現在の満年齢および住所を記載してください。

2. ①「病名」欄

(1)「主たる精神障害」、(2)「従たる精神障害」の欄には、WHO作成の国際疾病分類第10版に位置づけられる病名*注1を記入し、ICDコードを併記してください。

自立支援医療(精神通院医療)制度が適用される病名の範囲は、ICDコードのF00～F99及びG40です。

なお、このコードについては、アルファベットと数字2桁以上を記載してください。

ただし、その際に、病名とコードが不一致とならないようご注意ください。

3. ②「発病から現在までの病歴」欄

記載欄に限りがありますので、1)推定発病年月と初発症状、2)初診年月および医療機関、3)その後の治療経過(多数の医療機関を受診している場合は、概略のみで可)、4)貴院の初診年月、5)貴院での治療経過、以上の項目について順を追って要点のみ記載してください。

なお、5)の項目については、本制度の適用は通院患者のみですので、診断書作成時点において、貴院に通院している旨を明記してください。特に、入院、通院を繰り返している方の場合は、この点を配慮いただきご協力願います。

記載例	○年、◇×△で発症し ¹⁾ 、A病院初診・入院 ²⁾ 。以後◇×△を繰り返し、数ヵ所の病院を経て ³⁾ 、△年□月より当院で治療開始 ⁴⁾ 合計○回の入院歴あり。○年×月より現在まで外来通院中 ⁵⁾
-----	---

- 記載事項：1) 推定発病年月と初発症 2) 初診年月および医療機関
3) その後の治療経過(多数の医療機関を受診している場合は、概略のみで可)
4) 貴院の初診年月 5) 貴院での治療経過

*注1) 病名に関しては、「抑うつ状態」、「幻覚妄想状態」、「境界例」等、状態名、症状名、通称等の記載は認められません。

(別紙様式第7号)

	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="font-size: small;">※</td> <td style="font-size: small;">承認・条件付承認・保留・不承認</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">判定</td> <td style="font-size: small;">理由</td> </tr> </table>	※	承認・条件付承認・保留・不承認	判定	理由
※	承認・条件付承認・保留・不承認				
判定	理由				
診 断 書 (精神通院医療用)					
氏 名		年 月 日生 (歳)	男 ・ 女		
住 所					
① 病 名	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード () <small>(ICDコードは F00～F99、G40 のいずれかを記載)</small> (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード () (3) 身体合併症 _____				
② 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載)					
③ 現在の病状、状態像等 (次の内から、治療を中止した時に出現する可能性のある症状も含めて該当する項目を○で囲んで下さい。)					
(1) 抑うつ状態 1. 思考・運動抑制 2. 易刺激性・興奮 3. 憂うつ気分 4. その他 ()					
(2) 躁状態 1. 行為心迫 2. 多弁 3. 感情高揚・易刺激性 4. その他 ()					
(3) 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. その他 ()					
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1. 興奮 2. 昏迷 3. 拒絶 4. その他 ()					
(5) 統合失調症等残遺状態 1. 自閉 2. 感情平板化 3. 意欲の減退 4. その他 ()					
(6) 情動及び行動の障害 1. 爆発性 2. 暴力・衝動行為 3. 多動 4. 食行動の異常 5. チック・汚言 6. その他 ()					
(7) 不安及び不穏 1. 強度の不安・恐怖感 2. 強迫体験 3. 心的外傷に関連する症状 4. 解離・転換症状 5. その他 ()					
(8) てんかん発作 (けいれん及び意識障害) 1. てんかん発作 発作型 () 頻度 () 2. 意識障害 3. その他 ()					
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1. アルコール 2. 覚せい剤 3. 有機溶剤 4. その他 () ア. 乱用 イ. 依存 ウ. 残遺性・遅発性精神病性障害 エ. その他 ()					
(10) 知能・記憶・学習等の障害 1. 知的障害(精神遅滞) ア. 軽度 イ. 中度 ウ. 重度 2. 認知症 3. その他の記憶障害 () 4. 学習の困難 ア. 読み イ. 書き ウ. 算数 エ. その他 () 5. 遂行機能障害 6. 注意障害 7. その他 ()					
(11) 広汎性発達障害関連症状 1. 相互的な社会関係の質的障害 2. コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3. 限定した常同的・反復的な関心と活動 4. その他 ()					
(12) その他 ()					
④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等					
⑤ 現在の治療内容 1) 投薬内容 [] 2) 精神療法等 [] 3) 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)					
⑥ 今後の治療方針					
⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況 <small>(障害者総合支援法に規定する居宅介護(ホームヘルプ)、自立訓練、共同生活援助(グループホーム)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)</small>					
⑧ 備 考					
年 月 日	医療機関所在地 _____				
	名 称 _____				
	電話番号 _____				
	医師氏名 (自署または記名捺印) _____				

4. ③「現在の病状、状態像等」欄

現在の病状・状態像等に該当する項目を○で囲んでください。「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記載してください。

なお、(1)～(12)の項目に関しては、厚生労働省作成の『自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針(以下『指針』(p76～78)に示されているよう、病名によって記載する項目が概ね決められていますので、この点にご留意の上ご記載ください。

それぞれの項目がどのような疾患に対し設けられているかについては、右下表にまとめていますので、ご参照ください。

症状・状態像と対象疾患

病状・状態像等	対象病名(ICD コード)
(1)～(2)	F0、F2、F3
(3)～(4)	F0、F1、F2
(5)	F2
(6)	F0、F5、F6、F7、F8、F9
(7)	F0、F1、F2、F4、
(8)	F0、F1、F4、G40
(9)	F1
(10)	F0、F7、F8、F9
(11)	F8

5. ④「③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等」欄

③欄で○で囲まれた事項について、その具体的症状や程度を記載してください。

③欄に記載された全ての事項について記載する必要はありませんが、その主たる精神障害の中核となる症状(統合失調症における幻覚妄想状態、うつ病性障害における抑うつ状態、器質性精神障害における情動及び行動

の障害・知能の障害・遂行機能障害、広汎性発達障害における同障害関連症状等)については、具体的症状やその程度に関する記載をお願いします。

『指針』(p76～78)では、「精神病、あるいはそれと同等の病態」にあり、持続しているか、消長を繰り返す場合にのみ、本制度を適用することとなっています。つまり、継続的治療が必要であっても、一定の重症度がないものは、本制度の対象外となっております。

病状・状態像の具体的程度の記載にあたっては、上記に該当するか否かが明らかになるように、具体的症状、その程度、エピソードの頻度、精神症状に関連した生活障害に関する情報等を明記してください。検査所見のみを羅列するような記載は不十分と判断されます。

現在は寛解状態にあつたり、症状が軽快していたりするために「精神病、あるいはそれと

同等の病態」に相当しない場合でも、過去に「精神病、あるいはそれと同等の病態」の病態を繰り返していれば本制度の適用となりますので、その場合は、病状悪化時や再燃時の症状に関して具体的に記載してください。

なお、感情障害や神経症性障害等、精神病性障害以外の疾患における「精神病、あるいはそれと同等の病態」については、『支給病態』（p94～95）をご参照ください。

てんかんの場合、③欄に、発作型と発作頻度を記入の上、④欄には、部分発作であれば意識減損を伴わない単純部分発作なのか、意識減損を伴う複雑部分発作なのか、自動症を伴うものなのか、さらには二次性全般化強直間代発作なのか、全般発作であれば、欠神発作、ミオクロニー発作、間代発作、強直発作、強直間代発作、脱力発作のうちどのような発作が出現し、それぞれの発作が月もしくは年に何回程度なのかについて、具体的に記載してください。

また、長期に発作が抑制されている場合には、④欄に、継続的な薬物療法の必要性を示唆する脳波所見と検査年月日、あるいは減薬時に予兆が出現するなど、治療継続を要すると判断する医学的根拠を必ず記載してください。本人や家族等の希望など、医学的根拠とは言えない理由による治療継続は本制度の対象とはならないことをご留意ください。

④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見 等
⑤ 現在の治療内容 1) 投薬内容 { } 2) 精神療法等 { } 3) 訪問看護指示の有無 (有・無)
⑥ 今後の治療方針
⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (障害者総合支援法に規定する居宅介護(ホームヘルプ)、自立訓練、共同生活援助(グループホーム)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)
⑧ 備考
年 月 日 医療機関所在地 _____ 名 称 _____ 電話番号 _____ 医師氏名 (自署または記名捺印) _____

6. ⑤「現在の治療内容」欄

1) 投薬内容について

自立支援医療費の支給対象になると考えられる医療の範囲の投薬内容について記載してください。薬品名、商品名のいずれでもかまいません。

2) 精神療法等について

薬物療法以外の精神療法やデイケア等の治療内容を記載してください。

3) 訪問看護指示の有無について

該当する事項を○で囲んでください。
訪問看護に自立支援医療制度を適用するには、精神科訪問看護指示書が必要です。

7. ⑥「今後の治療方針」欄

この欄は、自立支援医療による治療継続の適否の判定に必要です。「継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする」場合には、その内容を具体的に記載してください。

8. ⑦「現在の精神保健福祉サービスの利用状況」欄

現在利用している精神保健福祉サービスがあれば、記載してください。障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスに限りません。

9. ⑧「備考」欄

上記以外に、判定の参考となる事項があれば記載してください。

10. 「診断書作成日、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」欄

診断書の内容について照会することもありますので、医療機関の所在地、名称、電話番号を正確に記載してください。

医師氏名については、診断医の氏名を記載するものとし、自署の場合捺印は不要ですが、ゴム印・ワードプロセッサ等を用いた場合は捺印してください。

IV.精神障害者保健福祉手帳用診断書(別紙様式第2号) 記載要領

(別紙様式第2号)

※	手帳判定	1級・2級・3級・保留・非該当
※	通院医療承認	承認・条件付承認・保留・不承認

診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏 名	年 月 日 生(歳)	男 ・ 女
住 所		
① 病 名 (ICDコードはF00～F99、G40のいずれかを記載)	(1)主たる精神障害 _____ ICDコード' () (2)従たる精神障害 _____ ICDコード' () (3)身体合併症 _____ 身体障害者手帳 (有・無、種別 級)	
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 _____ 年 月 日 (推定発症時期 年 月頃)	
③ 発病から現在までの病歴(推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載)	*器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日(疾患名 年 月 日)	
④ 現在の病状、状態像等(次の内から該当する項目を○で囲んで下さい。)	(1) 抑うつ状態 1. 思考・運動抑制 2. 易刺激性・興奮 3. 憂うつ気分 4. その他 () (2) 躁状態 1. 行為心迫 2. 多弁 3. 感情高揚・易刺激性 4. その他 () (3) 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. その他 () (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1. 興奮 2. 昏迷 3. 拒絶 4. その他 () (5) 統合失調症等残遺状態 1. 自閉 2. 感情平板化 3. 意欲の減退 4. その他 () (6) 情動及び行動の障害 1. 爆発性 2. 暴力・衝動行為 3. 多動 4. 食行動の異常 5. チェック・汚言 6. その他 () (7) 不安及び不穏 1. 強度の不安・恐怖感 2. 強迫体験 3. 心的外傷に関連する症状 4. 解離・転換症状 5. その他 () (8) てんかん発作(けいれん及び意識障害) 1. てんかん発作発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2. 意識障害 3. その他 () (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1. アルコール 2. 覚せい剤 3. 有機溶剤 4. その他 () ア. 乱用 イ. 依存 ウ. 残遺性・遅発性精神障害[状態像を(1)～(7)、(10)の該当項目に再掲すること] エ. その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無 (不使用の場合、その期間 年 月から) (10) 知能・記憶・学習等の障害 1. 知的障害(精神遅滞) ア. 軽度 イ. 中度 ウ. 重度 療育手帳(有・無、等級等) 2. 認知症 3. その他の記憶障害 () 4. 学習の困難 ア. 読み イ. 書き ウ. 算数 エ. その他 () 5. 遂行機能障害 6. 注意障害 7. その他 () (11) 広汎性発達障害関連症状 1. 相互的な社会関係の質的障害 2. コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3. 限定した常同的で反復的な関心と活動 4. その他 () (12) その他 ()	

1. 「氏名、生年月日、年齢、性別、住所」欄

これらについては、申請者本人の特定に関わる重要な事項ですので、記入漏れのないようにしてください。

なお、年齢・住所は診断書作成日現在の満年齢および住所を記載してください。

2. ①「病名」欄

(1)「主たる精神障害」、(2)「従たる精神障害」の欄には、WHO作成の国際疾病分類第10改訂版に位置づけられる病名*注1)を記入し、ICDコードを併記してください。

精神障害者保健福祉手帳(以下「手帳」という。)制度が適用される病名の範囲は、ICDコードのF00～F99およびG40です。

ただし、精神作用物質の乱用・依存症候群(F1x.1、F1x.2)、精神遅滞(F70～F79)は対象疾患となりません*注1)。

なお、ICDコードについては、アルファベットと数字2桁以上の記載にしてください。

ただし、その際に、病名とコードが不一致とならないようにご注意ください。

3. ②「初診年月日」欄

主たる精神障害について、初めて医師の診察を受けた日(初診日)をご記載ください。前医による治療経過がある場合には、前医の初診日をご記載ください。

なお、手帳交付の適否と障害等級の判定は、初診日から6ヶ月以上経過した時点の診断書によるものとさせていただきます。

4. ③「発病から現在までの病歴及び治療の経過」欄

記載欄に限りがありますので、1)推定発病年月と初発症状、2)初診年月および医療機関、3)その後の治療経過(多数の医療機関を受診している場合は、概略のみで可)、4)貴院の初診年月、5)貴院での治療経過、以上の項目について順を追って要点のみ記載してください。(次頁の記載例をご参照ください。)

なお、高次脳機能障害などの器質性精神障害(認知症を除く)の場合は、発症の原因となった疾患の発症日もあわせて記入してください。

*注1) 精神作用物質の乱用・依存症、精神遅滞であって他の精神障害の合併があり、それが主たる精神障害である場合は、本制度の対象となる可能性があります。

[例]主たる精神障害:アルコール精神病(F10.5)、従たる精神障害:アルコール依存症(F10.2)
主たる精神障害:てんかん(G40)、従たる精神障害:精神遅滞(F70)

記載例	○年、◇×△で発症し ¹⁾ 、A病院初診・入院 ²⁾ 。以後◇×△を繰り返し、数カ所の病院を経て ³⁾ 、△年□月より当院で治療開始 ⁴⁾ 合計○回の入院歴あり。○年×月より現在まで外来通院中 ⁵⁾
-----	---

記載事項：1) 推定発病年月と初発症状 2) 初診年月および医療機関
3) その後の治療経過(多数の医療機関を受診している場合は、概略のみで可)
4) 貴院の初診年月 5) 貴院での治療経過

5. ④「現在の病状、状態像等」欄

本診断書は、概ね過去2年間の病状、あるいは、概ね今後2年間に予想される状態について記載するものであり、したがって、ここで言う「現在」とは「診察日における」ということではなく、「概ね過去2年間の(あるいは今後2年間に予想される)病状、状態像等」ということです。

この点を配慮の上、診察時点での病状・状態像の他、概ね過去2年間に認められたもの、概ね今後2年間に予想されるものも含めて該当する項目を○で囲んでください。「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記載してください。

なお、(1)～(12)の項目に関しては、精神通院医療用診断書と同様に、病名によって記載する項目が概ね決められていますので、この点にご留意の上ご記載ください。

それぞれの項目がどのような疾患に対し設けられているかについては、下表にまとめていますので、ご参照ください。

(別紙様式第2号)		<table border="1"> <tr> <td>※</td> <td>手帳</td> <td>1級・2級・3級・保留・非該当</td> </tr> <tr> <td>判定</td> <td>通院医療</td> <td>承認・条件付承認・保留・不承認</td> </tr> </table>		※	手帳	1級・2級・3級・保留・非該当	判定	通院医療	承認・条件付承認・保留・不承認
※	手帳	1級・2級・3級・保留・非該当							
判定	通院医療	承認・条件付承認・保留・不承認							
診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳用)									
氏 名		年 月 日生(歳)	男・女						
住 所									
① 病 名	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード* () (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード* () (3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳 (有・無、種別 級)								
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 _____ 年 月 日 (推定発症時期 年 月 日)								
③ 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載)	* 器質性精神障害 (認知症を除く) の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 年 月 日)								
④ 現在の病状、状態像等 (次の内から該当する項目を○で囲んで下さい。)	(1) 抑うつ状態 1. 思考・運動抑制 2. 易刺激性・興奮 3. 憂うつ気分 4. その他 () (2) 躁状態 1. 行為心迫 2. 多弁 3. 感情高揚・易刺激性 4. その他 () (3) 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. その他 () (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1. 興奮 2. 昏迷 3. 拒絶 4. その他 () (5) 統合失調症等残遺状態 1. 自閉 2. 感情平板化 3. 意欲の減退 4. その他 () (6) 情動及び行動の障害 1. 爆発性 2. 暴力・衝動行為 3. 多動 4. 食行動の異常 5. チック・汚言 6. その他 () (7) 不安及び不穏 1. 強度の不安・恐怖感 2. 強迫体験 3. 心的外傷に関連する症状 4. 解離・転換症状 5. その他 () (8) てんかん発作 (けいれん及び意識障害) 1. てんかん発作発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) 2. 意識障害 3. その他 () (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1. アルコール 2. 覚せい剤 3. 有機溶剤 4. その他 () ア. 乱用 イ. 依存 ウ. 残遺性・遅発性精神障害 [状態像を(1)～(7)、(10)の該当項目に再掲すること] エ. その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無 (不使用の場合、その期間 年 月から) (10) 知能・記憶・学習等の障害 1. 知的障害(精神遅滞) ア. 軽度 イ. 中度 ウ. 重度 療育手帳 (有・無、等級等) 2. 認知症 3. その他の記憶障害 () 4. 学習の困難 ア. 読み イ. 書き ウ. 算数 エ. その他 () 5. 遂行機能障害 6. 注意障害 7. その他 () (11) 広汎性発達障害関連症状 1. 相互的な社会関係の質的障害 2. コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3. 限定した常同的で反復的な関心と活動 4. その他 () (12) その他 ()								

症状・状態像と対象疾患

病状・状態像等	対象病名(ICD コード)
(1)～(2)	F0、F2、F3
(3)～(4)	F0、F1、F2
(5)	F2
(6)	F0、F5、F6、F7、F8、F9
(7)	F0、F1、F2、F4、
(8)	F0、F1、F4、G40
(9)	F1
(10)	F0、F7、F8、F9
(11)	F8

6. ⑤「④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」欄

④欄で○で囲まれた事項について、その具体的症状や程度を記載してください。

また、器質性精神障害の場合など、当該状態像を裏付けるのに必要な検査があれば、その検査所見及び実施日についてもご記載ください。ただし、検査所見のみを羅列するような記載は避けてください。

⑤ ④の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等	
〔検査所見：検査名、検査結果、検査時期〕	
⑥ 生活能力の状態	(保護的環境でない、例えばアパートなどで単身生活を行った場合を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)
1) 現在の生活環境	入院・自宅以外の住居／施設(名称)・自宅(ア単身家族と同居)・その他
2) 日常生活能力の判定(該当するもの一つを○で囲んでください)	
(1) 適切な食事摂取	自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(2) 身の清潔保持、規則正しい生活	自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(3) 金銭管理と買物	適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(4) 通院と服薬(要・不要)	適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(5) 他人との意思伝達・対人関係	適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(6) 身近の安全保持・危機対応	適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(7) 社会的手続きや公共施設の利用	適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動へ参加	適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
3) 日常生活能力の程度(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください)	
(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通に行える。	
(2) 精神障害を認め、日常生活又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、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。	
(5) 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。	
⑦ ⑥の具体的程度、状態等	
⑧ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況	(障害者総合支援法に規定する居宅介護(ホームヘルプ)、自立訓練、共同生活援助(グループホーム)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導、生活保護の有無等)
⑨ 備考	
上記のとおり、診断します。 年 月 日	
医療機関の名称	
医療機関所在地	
電話番号	
診療担当科名	
医師氏名(自署または記名捺印)	

④欄に記載された全ての事項について記載する必要はありませんが、その主たる精神障害の中核となる症状(統合失調症における幻覚妄想状態、うつ病性障害における抑うつ状態、器質性精神障害における情動及び行動の障害・知能の障害・遂行機能障害、広汎性発達障害における同障害関連症状等)については、具体的症状やその程度に関する記載をお願いします。

てんかんについて、厚生労働省が示している手帳の適否および等級判定に関する基準(p91)は、発作型と発作頻度に基づいたものですので、発作型と頻度を明確にご記載ください。

④欄に、発作型と発作頻度、および最終発作年月日を記入の上、⑤欄には、部分発作であれば意識減損を伴わない単純部分発作なのか、意識減損を伴う複雑部分発作なのか、自動症を伴うものなのか、さらには二次性全般化強直間代発作なのか、全般発作であれば、欠伸発作、ミオクロニー発作、間代発作、強直発作、強直間代発作、脱力発作のうちどのような発作が出現し、それぞれの発作が月もしくは年に何回程度なのかについて、具体的にご記載ください。

7. ⑥「生活能力の状態」欄

1) 現在の生活環境

該当する項目を○で囲んでください。

なお、「入院」については、精神病床に入院している場合と考えてください。

「自宅以外の住居／施設」については、障害者総合支援法に規定する共同生活援助(グループホーム)またはその他の施設を利用している場合とし、その名称を記載してください。

精神病床以外に入院している場合等には、「その他」を○で囲み、その内容を記載してください。

2) 日常生活能力の判定

該当する項目を○で囲んでください。

なお、この欄については、概ね過去2年間の病状、あるいは概ね今後2年間に予想される状態を総合的に判断し、“単身生活を想定して”、児童では“年齢相応の能力と比較の上で”判断し記載してください。

3) 日常生活能力の程度

該当する項目を○で囲んでください。この欄も、「2) 日常生活能力の判定」欄と同様に、今後 2 年間に予想される状態を総合的に判断し、「単身生活を想定して」、児童では「年齢相応の能力と比較の上で」判断し記載してください。

⑤ ④の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等
〔検査所見：検査名、検査結果、検査時期〕
⑥ 生活能力の状態 (保護的環境でない、例えばアパートなどで単身生活を行った場合を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)
1) 現在の生活環境 入院・自宅以外の住居/施設(名称)・自宅(ア単身イ家族と同題)・その他
2) 日常生活能力の判定 (該当するもの一つを○で囲んでください)
(1) 適切な食事摂取 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(2) 身の清潔保持、規則正しい生活 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(3) 金銭管理と買物 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(4) 通院と服薬(要・不要) 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(5) 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(6) 身近の安全保持・危機対応 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(7) 社会的手続きや公共施設の利用 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動へ参加 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
3) 日常生活能力の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください)
(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通に行える。
(2) 精神障害を認め、日常生活又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、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
(5) 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。
⑦ ⑥の具体的程度、状態等
⑧ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (障害者総合支援法に規定する居宅介護(ホームヘルプ)、自立訓練、共同生活援助(グループホーム)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導、生活保護の有無等)
⑨ 備考
上記のとおり、診断します。 年 月 日 医療機関の名称 医療機関所在地 電話番号 診療担当科名 医師氏名(自署または記名捺印)

8. ⑦「⑥の具体的程度、状態等」欄

生活能力の状態について、⑥欄に追加して生活障害の程度を示す具体的な情報を明記してください。

なお、精神障害に伴う生活障害は、申請者の障害程度(活動性の制限の程度)の判断に重要な事項となりますので、対人関係や社会生活等に関して、より具体的な情報の記載をお願いします。

この際、身体疾患あるいは身体障害に伴う身体機能の低下によってもたらされる生活能力の障害については、本制度の対象となりません。あくまでも④欄・⑤欄等に記載された精神症状に由来する生活障害であることが分かるよう記載してください。

9. ⑧「現在の精神保健福祉サービスの利用状況」欄

現在利用している精神保健福祉サービスがあれば、記載してください。

障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスに限りません。

10. ⑨「備考」欄

上記以外に、判定の参考となる事項があれば記載してください。

11. 「診断書作成日、医療機関の名称、医療機関所在地、電話番号、診療担当科名、医師氏名」欄

診断書の内容について照会することもありますので、医療機関の名称、所在地、電話番号、診療担当科を正確に記載してください。

医師氏名については、診断医の氏名を記載するものとし、自署の場合捺印は不要ですが、ゴム印・ワードプロセッサ等を用いた場合は捺印してください。

なお、手帳交付の適否と障害等級の判定は、初診日から6ヶ月以上経過した時点の診断書によるものとされており、ご注意ください。