

『高次脳機能障害の
精神障害者保健福祉手帳 および
自立支援医療（精神通院医療）
申請用診断書記載方法等について』

長崎県高次脳機能障害支援センター

目次

．はじめに	.....	p 1
．精神障害者保健福祉手帳用診断書記載要領	.....	p 2
．自立支援医療（精神通院医療）用診断書記載要領	.....	p 8
．記載例		
記載例 1（手帳・自立支援医療 同時申請 承認例）	.....	p 16
記載例 2（自立支援医療のみ申請 承認例）	.....	p 18
記載例 3（自立支援医療のみ申請 不承認例）	.....	p 20
．資料		
1．非精神病性障害における自立支援医療費の支給対象となる病態	.....	p 22
2．就労（準備）への支援・窓口	.....	p 24
3．経済的保障制度		
障害年金制度	.....	p 25
特別障害給付金	.....	p 27

はじめに

高次脳機能障害の医学的、学術的な定義としては、脳の器質的变化に伴って生じた機能障害の中で、運動、感覚、および自律神経機能を除いた高次の脳機能（注意、見当識、記憶、人格感情、遂行機能など）の障害全般をさしており、「失語症」、「失行症」、「認知症」のほか、「記憶障害」、「注意障害」、「遂行機能障害」、「社会的行動障害」などが含まれます。

一方で、厚生労働省が平成13年から開始した「高次脳機能障害支援モデル事業」において、身体の障害がなかったり、その程度が軽いにもかかわらず、特に「記憶障害」、「注意障害」、「遂行機能障害」、「社会的行動障害」といった認知の障害が原因となって、日常生活や社会的活動の場面にうまく適応できない方たちが多数おられ、この方たちに対する、診断やりハビリテーション、社会資源サービスの不足が問題となっていることが明らかとなりました。

そして、この方たちに対する支援体制を強化するために国が設けたのが、“高次脳機能障害”という行政的な定義であります。

したがって、“高次脳機能障害”は、器質性精神障害の一部であり、従来より精神保健福祉法が規定する精神障害者保健福祉手帳制度、および障害者自立支援法が規定する自立支援医療（精神通院医療）制度の対象となっていました。しかしながら、このことが高次脳機能障害者やその家族だけに留まらず、医療関係者や福祉関係者にも十分に周知されていないというのが実情で、また、国が示していた交付や受給の申請用診断書の様式には、高次脳機能障害者の症状や状態像等を記載する欄が少ないなどの問題も指摘されていました。

このような状況を踏まえ厚生労働省は、平成23年1月の障害福祉部長通知の中で、同年4月からの申請用診断書の様式変更と、“高次脳機能障害”が精神障害者保健福祉手帳制度、および自立支援医療（精神通院医療）制度の対象であることを再度明確にしたところであります。

申請用診断書の様式変更に伴い、審査判定機関である当所の精神保健福祉課精神保健福祉班（精神保健福祉センター）は、平成23年7月、『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』の改訂版を発行し県内の精神科医療機関を中心に配布いたしましたところです。

高次脳機能障害に関しましては、精神科以外の先生方が手帳や自立支援医療の申請用診断書の作成にあたられる場面も多いかと思い、本冊子を作成いたしました。近年、記載の不備や漏れが散見され判定に苦慮することも起こっておりますので、本冊子を、ぜひお役立てください。

これからも高次脳機能障害者が、適切なサービスを活用しながら、日常・社会生活支援や経済的支援を受けられるよう、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23年8月

長崎県

長崎子ども・女性・障害者支援センター

所 長 大塚 俊 弘

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

精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療を同時に申請される場合は、手帳用診断書のみで申請することができます。

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

（別紙様式第2号）

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		
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)	
初 診 年 月 日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 年 月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 年 月 日	
発病から現在までの 病歴及び治療の経過 (推定発病年月、発病状況、 初発症状、治療の経過、 治療内容等を記載)	(推定発病時期 年 月頃) * 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)	
現在の病状、状態像等(該当する項目を で困んで下さい。)		
(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) てんかん発作等(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 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(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・注意の障害 1. 知的障害(精神遅滞) ア. 軽度 イ. 中等度 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()		

手帳交付の適否と障害等級は、初診日から6ヶ月以上経過した時点の診断書によって判定されます。

初診日から6ヶ月未満の場合は、非該当となりますのでご注意ください。

「病名」の欄

高次脳機能障害は、医学的診断としては器質性精神障害に分類され、WHO 作成の国際疾病分類第10改訂版（ICD-10）ではF0カテゴリーに該当し、本診断書における「病名」の欄については、ICD-10に位置づけられる病名の記載が求められています。なおICD-10に位置づけられていない病名記載でも構いませんが、可能な限りICD-10に準じた病名およびICD-10コードの記載にご協力ください。

病名記載の例として「高次脳機能障害」や、表1にあるようなF0カテゴリー（F04、F06、F07）に含まれる病名の記載が望まれます。

また、ICD-10コードについては、アルファベットと数字2桁以上を記載することになっています。例えばF04の場合は、アルファベットと数字2桁になりますが、病態によっては表1の例のように数字3桁以上の記載が必要な場合もあります。ただし、その際に、病態とコードが不一致とならないようご注意ください。なお、病名およびICD-10コードについて詳しくは、

「ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準 新訂版」(WHO [訳：中根 允文 他] 2008, 医学書院)をご参照ください。

<表1>

F04 器質性健忘症候群、アルコールその他の精神作用物質によらないもの

F06 脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害

（健忘が主体ではない病態を呈する場合）

例) F06.3 器質性気分（感情）障害、 F06.6 器質性情動易変性（無力性）障害
F06.7 軽度認知障害 等

F07 脳の疾患、損傷及び機能不全によるパーソナリティ及び行動の障害

例) F07.0 器質性パーソナリティ障害、 F07.1 脳炎後症候群
F07.2 脳震盪後症候群 等

「初診年月日」の欄

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。高次脳機能障害の場合、初診が精神科以外の診療機関である場合も考えられますが、あくまでその精神症状のために初めて診察を受けた年月日を記載してください。

「発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容」の欄

上段括弧の推定発病時期については、**高次脳機能障害の症状が明らかになった時期を記載することになっています**。特にこの事項については、**頭部外傷や脳血管障害の発症時期が記載されていることが散見されますが、あくまで高次脳機能障害の症状が確認された時期を明記してください**。

また、病歴として、1) 発病状況、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) 貴院での治療経過の項目を要点のみ記載してください。

特に初発症状として、高次脳機能障害のどのような症状が認められているのかを必ず明記してください。(例: 健忘症、集中力低下、計画性・効率性の欠如、意欲の低下、無気力・無関心、暴言、暴力、固執等)

また、**下段括弧**に**高次脳機能障害の発症原因となった疾患名とその発症日を明記してください**。

【記載例】

(推定発症時期 平成21年12月頃)

2000年8月1日バイク事故にて脳挫傷を起こしA病院に搬送、同日、緊急手術を受ける。その後、リハビリ目的にてC病院へ転院。自宅復帰するも、**健忘症、集中力低下、暴言等出現し、2001年1月当院受診。以後、薬物治療、精神療法を目的に通院中。**

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 **脳挫傷**、**2000年8月1日**)

「現在の病状、状態像等」の欄

この欄の「現在」とは、**概ね過去2年間あるいは今後2年間に予想される状態**ということです。この点を配慮の上、診察時点での病状・状態像のほか、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。

なお(1)~(12)の項目に関しては、病名によって記載する項目が概ね決められています。高次脳機能障害の場合は、概ね(6)(10)が主たる病状として考えられます。

「記憶障害」、「注意障害」、「遂行機能障害」の場合は(10)の項目に、「社会的行動障害」の場合は(6)の項目に対応します。また、周辺症状としてその他の項目も対応する場合がありますので、その場合は該当する項目を で囲んでください。

の症状・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]

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
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使用
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できる。
- (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。

の具体的程度、状態等

現在の障害福祉サービス等の利用状況

(障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、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)

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) _____

「 の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等」の欄

欄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。

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。

また、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。

この事項につきましては、状態像と一致しない内容の記載が散見されますのでご注意ください。

「生活能力の状態」の欄

1. 現在の生活環境

入院 精神病床に入院している場合。

自宅以外の居住/施設 障害者自立支援法に規定する居住支援事業（ケアホーム、グループホーム、福祉ホーム）または、その他の施設の名称を記載。

その他 精神病床以外に入院している場合。

2. 日常生活能力の判定

3. 日常生活能力の程度

この欄の日常生活能力は、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、記載してください。なお、この生活能力の状態は保護的環境下ではなく、あくまで「単身生活を想定して」、児童では「年齢相応の能力で判断して」記載してください。

「 の具体的程度、状態 等」の欄

生活能力の状態について、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、精神障害にともなう生活障害は、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する具体的な情報まで記載していただくようご配慮ください。

この事項につきましても、記載もれ等が散見されますのでご注意ください。

【記載例】

衣食住に関する生活障害は軽微であるが、公共施設や社会的場面においては、他人との会話や交渉がスムーズに出来ず結果として、活動や社会資源の利用に著しい制限を受けている。

興味や関心が極端に限局されているため、周囲の状況把握ができずよく怪我をしたり、文化的活動の行動範囲が限定されている。

「現在の精神保健福祉サービスの利用状況」の欄

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。
障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスに限りません。

「備考」の欄

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。

「作成日、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」の欄

診断書の内容について照会することもありますので正確な記載をお願いします。
医師氏名については、診断医の氏名を記載しますが、自著の場合捺印は不要、ゴム印・ワープロ等を用いた場合は捺印してください。

留意点

書面審査における原則

精神障害者保健福祉手帳の等級の判定および自立支援医療費(精神通院医療費)の支給は、“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。

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。

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”として扱われ、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に関する等必要事項は明記してください。

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	承認 ・ 条件付承認 ・ 保留 ・ 不承認
	（理由）

診 断 書（精神通院医療用）

氏 名		年 月 日 生（ 歳 ）	男 ・ 女
住 所			
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 _____		
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）			
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。また、治療を中止すれば出現する可能性のある症状については 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) てんかん発作等（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、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. 中等度 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. 限定した常同的で反復的な関心と活動 4. その他 ()			
(12) その他 ()			

「病名」の欄

高次脳機能障害は、医学的診断としては器質性精神障害に分類され、WHO 作成の国際疾病分類第 10 改訂版 (ICD-10) では F0 カテゴリーに該当し、本診断書における「病名」の欄については、ICD-10 に位置づけられる病名の記載が求められています。なお ICD-10 に位置づけられていない病名記載でも構いませんが、可能な限り ICD-10 に準じた病名および ICD-10 コードの記載にご協力ください。

病名記載の例として「高次脳機能障害」や、表 1 にあるような F0 カテゴリー (F04、F06、F07) に含まれる病名の記載が望まれます。

また、ICD-10 コードについては、アルファベットと数字 2 桁以上を記載することになっています。例えば F04 の場合は、アルファベットと数字 2 桁になりますが、病態によっては表 1 の例のように数字 3 桁以上の記載が必要な場合もあります。ただし、その際に、病態とコードが不一致とならないようご注意ください。なお、病名および ICD-10 コードについて詳しくは、

「ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準 新訂版」

(WHO [訳:中根 允文, 他] 医学書院) をご参照ください。

<表 1 >

F04 器質性健忘症候群、アルコールその他の精神作用物質によらないもの

F06 脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害

(健忘が主体ではない病態を呈する場合)

例) F06.3 器質性気分 (感情) 障害、 F06.6 器質性情動易変性 (無力性) 障害
F06.7 軽度認知障害 等

F07 脳の疾患、損傷及び機能不全によるパーソナリティ及び行動の障害

例) F07.0 器質性パーソナリティ障害、 F07.1 脳炎後症候群
F07.2 脳震盪後症候群 等

「発病から現在までの病歴」の欄

記載事項として 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。診療所通院の場合も明記。) 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。

特に、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で貴院へ現在、通院中であることの明記が必要となります。

なお、当該申請者が、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ので、適切な記載をお願いいたします。

また、退院日に記載された診断書は通院中であるとは判断できませんのでご注意ください。

【記載例】

...年 月、自動車事故による頭部外傷のためA病院に緊急入院²⁾。1ヶ月後に意識障害回復し、B病院でのリハビリ³⁾後自宅療養中であった。...年 月頃より生活管理が出来ない、家人に対する暴言・暴力等が目立ち始め¹⁾、...年×月に当院受診⁴⁾。以後、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

「現在の病状、状態像等」の欄

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。また、治療を中止すれば出現する可能性のある項目については で囲んでください。「その他」を および 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、病名によって記載する項目が概ね決められています。高次脳機能障害の場合は、概ね(6) (10)が主たる病状として考えられます。

「記憶障害」、「注意障害」、「遂行機能障害」の場合は(10)の項目に、「社会的行動障害」の場合は(6)の項目に対応します。

また、周辺症状としてその他の項目も対応する場合がありますので、その場合は該当する項目を および で囲んでください。

<p>の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等</p>	
<p>現在の治療内容</p> <p>1 投薬内容 {</p> <p>2 精神療法等 {</p> <p>3 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)</p>	
<p>今後の治療方針</p>	
<p>現在の障害福祉サービス等の利用状況</p> <p>(障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練) 共同生活援助(グループホーム) 共同生活介護(ケアホーム) 居宅介護(ホームヘルプ) その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)</p>	
<p>備考</p>	
<p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">名 称 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">医師氏名(自署または記名捺印) _____</p>	

「 の病状、状態像の、具体的程度、症状等」の欄

欄で および 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。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。

平成 18 年 3 月の厚生労働省障害保健福祉部長通知の中で示された『自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針』では、「精神病、あるいは、それと同等の病態」(資料 p 22 参照)にあり、その病態が持続している、もしくは消長を繰り返す場合にのみ、本制度の適用となります。つまり、継続的治療が必要であっても、一定の重症度が無いものは、本制度の対象外となります。

したがって、具体的程度、症状等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、症状に関連した生活障害に関する情報等を記載してください。

現在症は、寛解状態や軽快しているために「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」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、エピソードの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。

次に本制度の対象となる高次脳機能障害の主な病態を記しますので、記載時にご参照ください。

高次脳機能障害の自立支援医療費(精神通院医療費)支給対象となる主な病態

幻覚・妄想等の精神病症状を伴う場合。

精神症状はともなわないが、不機嫌、易怒性、爆発性、気分変動等の情動の障害、および、暴力、衝動行為、常同行為、多動、食行動の異常等の行動の障害がある場合。

衝動性の制御機能や対人関係の処理機能等が長期に渡り著しく障害されているため、社会活動において適応性の低い行動を絶え間なく繰り返している場合。

著しい生活障害(参考例:外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等)を呈する場合。

(平成 23 年 6 月 長崎県自立支援医療費支給認定等判定委員会作成資料より引用)

「現在の治療内容」の欄

1. 投薬内容について

自立支援医療の支給対象と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。

自立支援医療の支給対象とならない投薬内容に関しては記載する必要はありません。

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、訪問看護指示が必要になります

「今後の治療方針」の欄

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。

「現在の精神保健福祉サービスの利用状況」の欄

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。

障害者自立支援法に規定する障害福祉サービスに限りません。

「備考」の欄

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。

「作成日、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」の欄

診断書の内容について照会することもありますので正確な記載をお願いします。

医師氏名については、診断医の氏名を記載しますが、自著の場合捺印は不要、ゴム印・ワープロ等を用いた場合は捺印してください。

. 記載例

(別紙様式第2号)

判定	手帳	1級・ 2級 ・3級・保留・非該当
	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	長崎 ゆう太郎	19××年 月 日生(40歳)	男 ・女
住 所	長崎県A市B町C番地		
病 名 <small>(ICDコードはF00～F99、G40のいずれかを記載)</small>	(1)主たる精神障害 器質性バ・ソナリティ障害(高次脳機能障害) ICDコード(F07) (2)従たる精神障害 器質性健忘症群 (") ICDコード(F04) (3)身体合併症 左半身麻痺 身体障害者手帳(有)・無、種別 2種4級)		
初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 19 年 月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 19 年 × 月 日		
発病から現在までの病歴及び治療の経過 <small>(推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載)</small>	(推定発症時期 19××年 月頃) 年 月、バイク事故にて脳挫傷を負いA病院で緊急手術を受ける。B病院でのリハビリ後、自宅復帰するも、健忘症、集中力低下、情緒不安定、暴言等が持続するため、年×月、当院初診となり以後現在まで通院中。 * 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 脳挫傷 、年 月 ×日)		
現在の病状、状態像等(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.行為心拍 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(性的逸脱行為)			
(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) てんかん発作等(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 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()			
(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(短期記憶障害) 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()			

の症状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等

視線は合いにくく、自分が興味ある漫画の話になると制止するまで話しつづける。幼少時から集団行動ができず、中学生になっても利用する飲食店の選択等めぐって友人と口論になるといった対人トラブルが絶えなかった。そのため高校進学するも登校できなくなり中退。本屋やゲーム店などに買い物には行くが、行動範囲は限られている。いつも同じ服を着て、家人が勝手に洗濯すると激怒し暴力をふるったりもする。数月に1回の頻度で、動悸を伴う不安発作がある。

[検査所見:検査名、検査結果、検査時期]

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 ① 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

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使用

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できる。

(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。

の具体的程度、状態等

衣食住に関する生活障害は軽微であるが、公共施設や社会的場面においては、他人との会話や交渉がスムーズに出来ず結果として、活動や社会資源の利用に著しい制限を受けている。興味や関心が極端に限局されているため、周囲の状況把握ができずよく怪我をしたり、文化的活動の行動範囲が限定されている。

現在の障害福祉サービス等の利用状況

(障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、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)

なし。

備考

上記のとおり、診断します

20××年×月××日

医療機関の名称 ゆうハートながさき病院

医療機関所在地 長崎県 市 町 番地×号

電話番号 000 - -

診療担当科名 精神神経科

医師氏名(自署または記名捺印) 大福田 英洋

(別紙様式第7号)

判定	(承認)・条件付承認・保留・不承認
	(理由)

診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名	長崎 ゆう太郎	19××年 月 日生(40歳)	(男)・女
住 所	長崎県A市B町C番地		
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 高次脳機能障害(器質性脳-ソリテ障害) ICDコード(F07) (2)従たる精神障害 _____ ICDコード() (3)身体合併症 _____		
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)	年 月、自動車事故による頭部外傷のためA病院に緊急入院。1ヶ月後に意識障害回復し、B病院でのリハビリ後自宅療養中。生活管理が出来ない、家人に対する暴言・暴力等あり、年×月に当院受診。以後現在まで通院中。		
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。また、治療を中止すれば出現する可能性のある症状については 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.行為心拍 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) てんかん発作等(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 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 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.限定した常同的で反復的な関心と活動 4.その他()			
(12) その他()			

の症状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等

物事に対し集中できず、注意散漫であるため、生活上、何をやるにしても長続きしない。適切な状況判断ができず、ローン会社や、親族への借金を繰り返していた。また、気分は易变的で衝動制御も困難となっており、行動に対し注意をすると攻撃的になり家族に暴力をふるうこともある。年 月の頭部MRIで、右前頭葉腹内側部に損傷を認めた。

現在の治療内容

1 投薬内容

リスベリドン

2 精神療法等

支持的精神療法、SST、
メモリーノートの活用訓練

3 訪問介護指示の有無 (有・無)

今後の治療方針

薬物療法と精神療法等の継続。

現在の障害福祉サービス等の利用状況

(障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)

なし。

備考

20××年×月××日

医療機関所在地 長崎県 市 町 番地×号

名称 ゆうハートながさき病院

電話番号 000 - -

医師氏名(自署または記名捺印) 大福田 英洋

(別紙様式第7号)

不承認例

判定	承認・条件付承認・保留 <input type="radio"/> 不承認
	(理由) 病名と臨床像が不一致の上、ICDコードも2桁記載で、精神科治療の提供もないため

診断書(精神通院医療用)

氏名	長崎 ゆう太郎	19××年 月 日生(55歳)	<input checked="" type="radio"/> 男・女
住所	長崎県A市B町C番地		
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 <u>高次脳機能障害</u> ICDコード(F0) (2)従たる精神障害 _____ ICDコード() (3)身体合併症 <u>脳出血後遺症、右片麻痺</u>		
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)	年 月、脳出血のため当院に救急搬送され、緊急開頭手術施行。年×月に退院後は、当院外来にて右片麻痺に対するリハビリを継続中。記憶力・記憶・見当識の障害が持続している。		
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。また、治療を中止すれば出現する可能性のある症状については 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.行為心拍 2.多弁 3.感情高揚・易刺激性 4.その他()			
<input checked="" type="radio"/> (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) てんかん発作等(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 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 エ.その他()			
<input checked="" type="radio"/> (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 <input checked="" type="radio"/> (3) その他の記憶障害(<u>高次脳機能障害</u>) 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()			

<p>の症状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等</p> <p>短期記憶の障害、失見当識が著しい。時々夜間不眠となり、もうろう状態で徘徊し、実際にはいない人物が見えると言ったりもする。</p>	
<p>現在の治療内容</p> <p>1 投薬内容 (塩酸ニカルジピン)</p> <p>2 精神療法等 ()</p> <p>3 訪問介護指示の有無 (有 ・ (無))</p>	
<p>今後の治療方針</p> <p>薬物療法、片麻痺に対する通院リハビリテーション、訪問看護の継続。</p>	
<p>現在の障害福祉サービス等の利用状況 (障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)</p> <p>ホームヘルプ。</p>	
<p>備考</p>	
<p>20××年×月××日</p> <p>医療機関所在地 <u>長崎県 市 町 番地×号</u></p> <p>名 称 <u>ゆうハートながさき病院</u></p> <p>電話番号 <u>000 - -</u></p> <p>医師氏名(自署または記名捺印) <u>大福田 英洋</u></p>	

1. 非精神病性障害における自立支援医療費 の支給対象となる病態

(平成23年6月改訂 長崎県自立支援医療費支給認定等判定委員会作成資料より引用)

病名	自立支援医療費(精神通院医療)の支給対象となる病態
認知症	幻覚妄想等の精神病症状をともなう場合。 精神病症状はともなわないが、不機嫌、易怒性、爆発性、気分変動等の情動の障害、および、暴力、衝動行為、常同行為、多動、食行動の異常等の行動の障害がある場合。
認知症以外の器質性精神障害 (いわゆる高次脳機能障害を含む)	幻覚・妄想等の精神病症状をともなう場合。 精神症状はともなわないが、不機嫌、易怒性、爆発性、気分変動等の情動の障害、および、暴力、衝動行為、常同行為、多動、食行動の異常等の行動の障害がある場合。 衝動性の制御機能や対人関係の処理機能等が長期に渡り著しく障害されているため、社会活動において適応性の低い行動を絶え間なく繰り返している場合。 著しい生活障害(参考例:外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等)を呈する場合。
精神作用物質依存症、乱用	幻覚妄想等の精神病症状をともなう場合。 乱用、依存からの脱却のため通院医療を自ら希望する場合。
躁病	ICD-10の躁病エピソード(幻覚妄想等の精神病症状をともなうもの、および精神病症状をともなわないもの)。
うつ病	ICD-10の重症うつ病エピソード(幻覚妄想、抑うつ性昏迷等の精神病症状をともなうもの、および精神病症状をともなわないもの)。 自殺念慮、自殺企図の存在するうつ病エピソード。 うつ病エピソード自体は重症ではないが、著しい生活障害。(参考例:外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等)を呈する場合。
気分循環症	軽症うつ病エピソードと軽躁病エピソードが絶え間なく繰り返されるため、著しい生活障害(参考例:外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等)を呈する場合。
気分変調症	軽症うつ病エピソードが長期間持続するか、または絶え間なく繰り返すため、著しい生活障害(参考例:外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等)を呈する場合。
恐怖性不安障害	強度の恐怖性不安症状が長期間持続するか、または絶え間なく繰り返されるため、著しい生活障害(参考例:外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等)を呈する場合。

病 名	自立支援医療費(精神通院医療)の支給対象となる病態
パニック障害	強度のパニック発作が頻回に繰り返されるため、著しい生活障害（参考例：外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等）を呈する場合。
全般性不安障害	強度で多彩な不安症状が長期間持続するため、著しい生活障害（参考例：外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等）を呈する場合。
強 迫 性 障 害	強度の強迫症状が長期間持続するか、または頻回に繰り返される場合。
外傷後 ストレス障害	外傷的出来事の再体験、外傷関連刺激からの回避または反応性の麻痺、および覚醒の亢進状態の3領域の症状が持続しているか、または繰り返し出現する場合。
適 応 障 害	攻撃的行動または反社会的行動など、著しい行為の障害が長期間持続するか、または頻回に繰り返される場合。
解 離 性 障 害	強度の解離症状が長期間持続するか、または頻回に繰り返される場合。
身体表現性障害	強度で多彩な身体症状や身体症状へのこだわり等が長期間持続するか、または絶え間なく繰り返すため、著しい生活障害（参考例：外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等）を呈する場合。
神 経 衰 弱	強度の消耗感、疲労感、身体的虚弱感等が長期間持続し、著しい生活障害（参考例：外出ができない状態が続く、仕事や家事がほとんどできない状態が続く等）を呈する場合。
摂 食 障 害	拒食エピソード、過食エピソード等を繰り返すため、長期に渡って健康的な食生活が障害されている場合。
パーソナリティ 障 害 (人格障害)	衝動性の制御機能や対人関係の処理機能等が長期に渡り著しく障害されているため、社会活動において適応性の低い行動を絶え間なく繰り返している場合。
精 神 遅 滞	不機嫌、易怒性、爆発性、気分変動などの情動の障害、および、暴力、衝動行為、常同行為、多動、食行動の異常などの行動の障害がある場合。
自 閉 性 障 害	言語性・非言語性の意思伝達機能の障害、社会的・情緒的相互関係機能の障害、反復的・常同的行動パターン等が持続しているため、対人関係や社会生活が著しく障害されている場合。
多 動 性 障 害	著しい不注意、多動、衝動性等が持続するため、社会的、学業上あるいは仕事面等において、明らかな障害が認められる場合。

2. 就労（準備）への支援・窓口

障害者職業センター：職業相談・職業評価・就職支援・職場適応支援など

名称	所在地	電話番号
長崎障害者職業センター	〒852-8104 長崎市茂里町 3-26	095-844-3431

障害者就業・生活支援センター：職業相談・就職支援・生活に関する助言など

名称	所在地	電話番号
障害者就業・生活 支援センターながさき	〒852-8104 長崎市茂里町 3-24 (長崎県総合福祉センター3階)	095-865-9790
長崎県北地域障害者就業・ 生活支援センター	〒857-0322 北松浦郡佐々町松瀬免 109-2	0956-62-3844
長崎障害者就業・生活 支援センター	〒854-0022 諫早市幸町 2-18	0957-35-4887
障害者就業・生活 支援センターけんなん	〒855-0045 島原市上の町 534-2	0957-65-5002

公共職業安定所（ハローワーク）：求職登録・職業相談・障害者対象の就職面接会など

長崎県内公共職業安定所		
ハローワーク長崎	長崎市宝栄町 4-25	095-862-8609(代)
ハローワーク西海(出)	西海市大瀬戸町瀬戸西浜郷 412	0959-22-0033(代)
ハローワーク佐世保	佐世保市稲荷町 2-30	0956-34-8609(代)
ハローワーク諫早	諫早市幸町 4-8	0957-21-8609(代)
ハローワーク大村	大村市松並 1-213-9	0957-52-8609(代)
ハローワーク島原	島原市片町 633	0957-63-8609(代)
ハローワーク江迎	佐世保市江迎町長坂 182-4	0956-66-3131(代)
ハローワーク五島	五島市福江町 7-3	0959-72-3105(代)
ハローワーク対馬	対馬市巖原町中村 642-2	0920-52-8609(代)
ハローワーク壱岐(出)	壱岐市郷ノ浦町本村触 620-4	0920-47-0054

障害者就労支援センター：職業相談・就職支援・作業訓練など

3 . 経済的保障制度

障害年金制度

概要：障害年金は病気やけがなどによって、日常生活、就労などの面に困難が多くなった状態(障害がある状態)になった場合に支給されますが、受給に関しては、いくつかの要件を満たすことが必要になります。

種類：初診時にどの年金に加入していたかにより、障害年金の種類が決まります。

障害基礎年金：初診日に国民年金に加入している

障害基礎年金：初診日が20才未満で年金に加入できなかった

障害厚生年金：初診日に厚生年金に加入している

障害共済年金：初診日に共済年金に加入している

受給要件：

初診日に年金に加入していること

初診日前の一定期間保険料を納めている(又は免除されている)こと

初診日から1年6か月目の障害認定日に障害年金に該当する障害状態にあること

等級：障害の等級と程度

厚生年金・共済年金のみ3級があります。

【症状性を含む器質性精神障害の認定要領】

1級	高度の認知症、高度の人格変化、その他の高度の精神神経症状が著明なため、常時の介護が必要なもの。 (他人の助けを借りないと日常生活ができない状態)
2級	認知症、人格変化、その他の精神神経症状が著明なため、日常生活が著しい制限を受けるもの。 (必ずしも他人の助けはいらぬが、日常生活にかなりの制限を受ける状態)
3級	1. 認知症、人格変化は著しくないが、その他の精神神経症状があり、労働が制限を受けるもの。 2. 認知症のため、労働が著しい制限を受けるもの。 (制限を受けながらも働ける状態)

さらに障害厚生年金には、3級に該当しない一定の障害の時、一時金である障害手当金が支給されます。

年金額：(平成23年度) 月額は、前年の消費者物価指数の変動に伴い毎年度見直されます。

<障害基礎年金額> 1級障害 - 年額 986,100 円、2級障害 - 年額 788,900 円

1級	788,900 円 × 1.25 (=986,100 円) + *子の加算
2級	788,900 円 + *子の加算

*子の加算

第1子・第2子	各 227,000 円
第3子以降	各 75,600 円

(子とは次の者に限ります)

18歳到達年度の末日(3月31日)を経過していない子
20歳未満で障害等級1級または2級の障害者

<障害厚生年金額>

1級	(報酬比例の年金額) × 1.25 + 配偶者の加給年金額 (227,000 円)
2級	(報酬比例の年金額) + 配偶者の加給年金額 (227,000 円)
3級	(報酬比例の年金額) 最低保障額 591,700 円
障害手当金	報酬比例の年金額の2年分

報酬比例等、詳しくは年金事務所にお尋ねください。

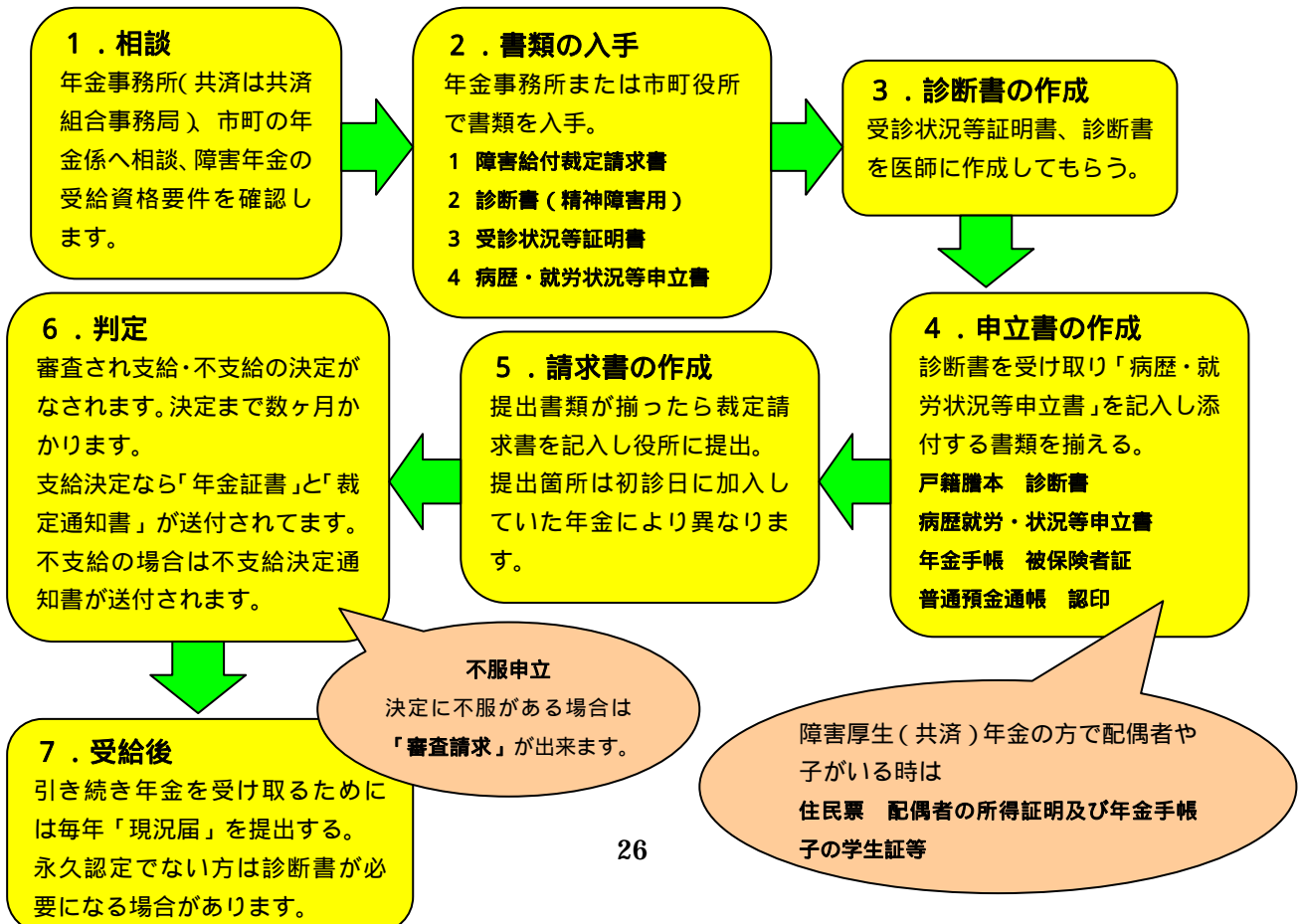
年金事務所名	電話番号	年金事務所名	電話番号
長崎北	095 861-1354	佐世保	0956 34-1189
長崎南	095 825-8702	諫早	0957 25-1662

相談・手続き:

障害年金を受給するには、**医師の診断書**が必要です。なお高次脳機能障害の場合、精神科医のみならず神経内科医、脳神経外科医、リハビリ専門医等でも、当事者の病態を把握できている医師ならば診断書の作成が可能となっていますが、診断書作成の際は主治医に相談してください。

国民年金に関する相談 市町国民年金担当課、又は県内年金事務所
厚生年金に関する相談 県内年金事務所
共済年金に関する相談 各共済組合

一般的な障害年金受給までの流れ



特別障害給付金

概要： 国民年金に任意加入できる期間に任意加入しなかったために、障害基礎年金を受給できないでいる障害者の方を対象に支給されます。

受給要件：

平成3年3月以前に国民年金任意加入対象であった学生。

昭和61年3月以前に国民年金任意加入対象であった被用者の配偶者であって、当時、任意加入任意加入していなかった期間内に初診日(障害の原因となる傷病について初めて医師の診療を受けた日)があり、現在、障害基礎年金の1級、2級相当の障害の状態にある方。

障害基礎年金や障害厚生年金、障害共済年金を受給することができる方は対象になりません。また、給付金を受けるためには、認定が必要になります。

窓口・手続き： 窓口は、**住所地の市役所、町役場**になります。申請事務等は、**各年金事務所**が行います。

< 請求に必要な書類 >

(任意加入対象の学生であった方)	(任意加入対象の被用者等の配偶者であった方)
1. 特別障害給付金請求書 2. 年金手帳または基礎年金番号通知書 3. 傷病についての診断書 4. 病歴等申立書 5. 受診状況等証明書 6. 特別障害給付金所得状況届	
7. 住民票 8. 在学(籍)証明書 9. 在学内容の確認にかかる委任状	7. 戸籍謄本または抄本 8. 年金加入期間確認通知書(初診日において配偶者が共済組合の加入員であった場合。) 9. 初診日において配偶者の公的年金等の加入・受給の状況を明らかにする書類

この給付金は、請求書を受付した月の翌月分からの支給されることとなりますので、請求される方は、なるべく早く請求書を提出してください。

必要な添付書類が揃っていない場合でも請求書の受付は行います。その場合は、後日必要書類を提出していただくこととなります。書類が整いましたら審査を開始いたします。

詳しくは年金事務所にお尋ねください。

支給額：

障害基礎年金1級相当に該当する方	平成23年度 基本月額 49,650円
障害基礎年金2級相当に該当する方	平成23年度 基本月額 39,720円

月額は、前年の消費者物価指数の変動に伴い毎年度見直されます。

参考資料

「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」

長崎県自立支援医療費支給認定等判定委員会
長崎こども・女性・障害者支援センター
障害者支援部 精神保健福祉課、2011

(http://www.pref.nagasaki.jp/na_shien/manual/index.php よりダウンロード可能)

『高次脳機能障害の精神障害者保健福祉手帳および自立支援医療 （精神通院医療）申請用診断書記載方法等について』

発行 平成23年8月

<編集・問合せ先>

長崎県高次脳機能障害支援センター
(長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター内)

〒852 8114 長崎市橋口町10-22
TEL 095-844-5515 FAX 095-846-8920

ホームページ : http://www.pref.nagasaki.jp/na_shien/
E-mail : s04760@pref.nagasaki.lg.jp