

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）の申請用診断書の  
様式改正に伴う記載方法等について

島根県立心と体の相談センター

2013年6月

## 診断書改正の経過

精神障害者保健福祉手帳の診断書の見直しについては、発達障害及び高次脳機能障害が同手帳の対象に含まれていますが、現在の診断書の様式のみでは、それらの者の病状、状態像等を適切に把握することができない場合があることから、適切な判断をするために診断書の様式等が改正されました。同様な理由から自立支援医療（精神通院医療）の診断書も同時に見直されたところです。

両方の診断書とも、「現在の病状、状態像」のチェック項目が発達障害及び高次脳機能障害に対応するため増えております。また、手帳の診断書においては判定基準にそれらの症状の高度、中等度等の状態も含めて判定するようになっております。

### 1. 両診断書に共通する事項

- ① 記入漏れのチェックを  
現在、返戻となる一番多くの原因は「記入漏れ」です。提出前には記入された医師のみならず、医療機関内での確認をお願いします。
- ② 医師氏名は自署をお願いします  
県外の先生に多いのですがパソコンで氏名を記入して、押印という場合があります。  
必ず自署をお願いします。

## 2. 精神障害者保健福祉手帳

精神障害者保健福祉手帳の精神障害の判定と診断書  
精神障害者保健福祉手帳の精神障害等級の判定は、

- (1) 精神疾患の存在の確認
- (2) 精神疾患（機能障害）の状態の確認
- (3) 能力障害（活動制限）の状態の確認
- (4) 精神障害の程度の総合判定

というステップを経て行われますが、このための情報は、精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師によるもので、初診日から6か月以上経過した時点の診断書から得るものです。この診断書の記載にあたっては、統合失調症をはじめとした精神障害の診断又は治療全般に関する十分な見識に基づく判断が求められています。

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）		年 月 日生（満 歳）	男・女
氏 名			
住 所	島根県		
① 病名（主たる精神障害には状態像ではなく病名を記載し、ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載すること。）	1) 主たる精神障害	ICDコード( ー )	
	2) 従たる精神障害	ICDコード( ー )	
	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 昭和・平成 年 月 日 医療機関名 _____ <input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人又は家族の申立て 初診以後現在までの入院歴 約 回 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 年 月 日 (推定発病時期 年 月頃)		
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、就学・就労状況等、障害福祉サービス等の利用状況、期間、その他参考となる事項	最近2年間の治療歴 医療機関名 治療期間 通院・入院 転帰（軽快・悪化・不変等） 年 月～年 月 通・入( 回) 軽・悪・不・他( ) 年 月～年 月 通・入( 回) 軽・悪・不・他( )		
	*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）		

### ① 病名

手帳の交付を求める精神疾患の病名を記載し、病名に対応するICDコード（F00～F99、G40のいずれかを2桁もしくは3桁）を付記記載してください。（状態像は不可）。精神作用物質の乱用・依存症候群、精神遅滞（F70～F79）は対象疾患となりません。「脳卒中後遺症」のように身体症状も含む病名も認められません。

### ②初診年月日

手帳の交付を求める精神疾患について、初めて医師の診療を受けた日（初診日）の記載で、診断書が初診日から6か月以上経過した時点のものであることが必要です。診断書作成時点において初診日から6か月以上経過していない場合は非該当となります。

その精神疾患について、前医による治療経過がある場合には、前医の初診日を記載してください。

### ③発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容

推定発病時期については、最初に症状に気づかれた時期を原則としますが、発達障害等明らかに出生直後からの問題に付随した場合は、出生時を推定発病時期と記入してください。高次脳機能障害の場合は、発病の原因となった疾患の発症日を記入してください。

④現在の病状、状態像等

④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲むこと。Ⅲ、Ⅳの「軽」は軽度、「中」は中等度、「高」は高度)

Ⅲ) 拘うつ状態  
1 思考・運動拘束 2 易刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他( )

Ⅳ) そう状態  
1 行為心途 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他( )

Ⅴ) 幻覚妄想状態  
1 幻覚 2 妄想 3 その他( )

Ⅵ) 精神運動興奮及び特迷の状態  
1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他( )

Ⅶ) 統合失調症等残遺状態  
1 日閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他( )

Ⅷ) 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 チラツク・汚言 6 その他( )

Ⅷ) 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( )

Ⅷ) てんかん発作等(けいれん及び意識障害)  
1 けいれん 2 意識障害 3 その他( )  
上記1~3がある場合は、発作の類型をア~エから選択し、その頻度・最終発作を記入すること。  
発作型 ア 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 イ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  
ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  
頻度 約( )回/( )月 最終発作( 年 月 日)

Ⅷ) 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(状態像を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 日から)

Ⅷ) 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(軽・中・高) 3 その他の記憶障害( ) (軽・中・高)  
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(軽・中・高) 6 注意障害(軽・中・高) 7 社会的行動障害(軽・中・高)  
8 その他( )

Ⅷ) 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(軽・中・高) 2 コミュニケーションにおける質的障害(軽・中・高)  
3 限定した常同的で反復的な関心と情動(軽・中・高) 4 その他( )

Ⅷ) その他( )

この欄には、診断書記入時点のみでなく、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状態像及び症状の番号を○で囲んでください。

主たる精神障害が「てんかん(G-40)」の場合は発作型及び頻度にしたがって判定しますので忘れずに記載してください。

(10) (11)の項目は今回の改正で追加された項目です。等級判定には(軽・中・高)も必須項目ですので症状に○をつけられた際には必ずいずれか

を選択してください。選択していない場合は「返戻」もしくは「電話確認」となりますのでご注意ください。

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

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 ]

精神医学的見地から疾患(機能障害)の具体的な症状、その程度、持続期間や頻度、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。また、当該状態像を裏付けるのに必要な検査やその検査所見及びその実施日を記載します。

④欄の生活障害に関する記載内容と、⑤「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、④欄において生活能力の障害が高度であると選択した場合は、⑤欄には、具体的な生活障害関連情報の記載が必要となります。

## ⑥ 生活能力の状態

能力障害（活動制限）の状態の確認のために必要な情報の記載欄です。

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する。）

1 現在の生活環境  
入院・入所（施設名 ）・在宅（ア 単身・イ 家族等と同居）・その他（  ）

2 日常生活能力の判定（該当する欄に○を記入すること。）

	自発的（適切） にできる	自発的に（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
(1) 適切な食事摂取				
(2) 身の清潔保持、規則正しい生活				
(3) 金銭管理と買物				
(4) 通院と服薬（要・不要）				
(5) 他人との意思伝達・対人関係				
(6) 身の安全保持・危機対応				
(7) 社会的手続や公共施設の利用				
(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加				

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○で囲む。）

(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、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等

「2 日常生活能力の判定」欄及び「3 日常生活能力の程度」欄については、保護的な環境（例えば、病院に入院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、又は入所や在宅で家族と同居であっても支援者や家族がいない状況での状態を想定し、そのような場合での生活能力について、年齢相応の能力で判断し、記載してください。また、現時点のみでなく、これまでのおおむね2年間に認められ（高次脳機能障害の場合は現疾患発症以降に生活能力の低下が生じたことを確認する）、また、おおむね今後2年間に予想される生活能力の状態も含めて判定し記載し

てください。

### 1 現在の生活環境

診断書記入時点での状況を○で囲んでください。また、施設等に入所している場合には、施設名を記入してください。

### 2 日常生活能力の判定

「(1) 適切な食事摂取」、 「(2) 身の清潔保持、規則正しい生活」

洗面・洗髪・排泄後の衛生、入浴等身体の衛生の保持、更衣（清潔な身なりをする）、清掃等の清潔の保持について、あるいは、食物摂取（栄養のバランスを考え、自ら準備して食べる）の判断等について自発的に適切に行うことができるかどうか、助言、指導、介助等の援助が必要かどうか判断してください。

身体疾患がある場合に、例えば、「食事の摂取ができない」というような身体障害に起因する能力障害（活動制限）を評価するものではありません。また、調理、洗濯、掃除等の家事の能力や、子どもや配偶者の世話をする等社会的役割の能力を評価するものではありません。

「(3) 金銭管理と買い物」

金銭を独力で適切に管理（必ずしも金銭が計画的に使用できることを意味しない）し、自発的に適切な買い物ができるか、援助が必要かどうかにより判断してください。（金銭の認知、買い物への意欲、買い物に伴う対人関係処理能力に着目する。）

また、行為嗜癖に属する浪費や強迫的消費行動について評価するものではありません。



### 3. 自立支援医療（精神通院医療）

診 断 書(自立支援医療費（精神通院医療）申請用)

氏 名		年 月 日生(満 歳)	男・女
住 所	島根県		
① 病名((1)主たる精神障害には状態像ではなく病名を記載し、ICDコードにはF00～F99、G40のいずれかを記載すること。)	(1) 主たる精神障害 _____ (2) 従たる精神障害 _____ (3) 身体合併症 _____	ICDコード ( - ) ( - )	
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)	(推定発病時期) _____ 年 月 頃		

①病名

自立支援医療費の支給を必要とする精神疾患の病名を記載し、病名に対応するICDコード（F00～F99、G40のいずれかを2桁もしくは3桁）を付記記載してください。

②発病から現在までの病歴

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必要があります。この欄にその旨を明記してください。

③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲むこと。)	④ ③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等
(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) そう状態 1 行為心逸 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) 統合失調症等関連状態 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 強迫性 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( ) 程度( ) 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 ウ機能的・遅延性・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 中等度 ウ 重度 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 高度 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( ) (13) 継続治療により寛解状態	

③現在の病状、状態像等  
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。

④ ③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等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。この欄には症状の経過も含めて継続治療が必要である（寛解状態にあっても治療を中断すると再燃する等）ことを明記してください。

⑤ 現在の治療内容(該当する□にレ印を付けること。)	⑥ 現在の治療内容 該当欄にチェックしてください。
<input type="checkbox"/> 向精神薬等の投与 <input type="checkbox"/> 精神科訪問看護・指導 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 通院精神療法 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア ( <input type="checkbox"/> 自医療機関 <input type="checkbox"/> 他医療機関 )	
年 月 日	⑥ 備考
医療機関所在地 _____ 名 称 _____ 電 話 番 号 _____ 医師氏名(自署) _____	

⑥現在の治療内容  
該当欄にチェックしてください。  
診断書を記入された先生の「自署」が必要です。