

精神障害者保健福祉手帳用診断書の
記入に際しての留意点について

横浜市こころの健康相談センター

平成26年4月

①. 病名

(1) 主たる精神障害

精神障害者保健福祉手帳の対象となるのは、精神保健福祉法第5条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、精神病質その他の精神疾患を有し、そのため長期にわたり日常生活または社会生活への制約がある方とされています。その点を踏まえ、以下のような表記は極力避けて病名を一つだけ記入し、ICD-10コードを併記してください。

対象となる範囲はF00～F99 およびG40ですが、知的障害については療育手帳（愛の手帳）制度があるため、対象に含まれません。

×…「心因反応」「心因精神病」「反応精神病」「うつ反応」「抑うつ状態」

「急性精神病」「急性ストレス反応」「精神発達遅滞」など

(2) 従たる精神障害

その他の精神障害がある場合はご記入ください。こちらは、病名とICDコードを複数記入していただいても結構です。

②. 初診年月日

(1) 主たる精神障害の初診年月日

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を記入してください。前医がある場合は前医の初診日を記入します。

(2) 診断書作成医療機関の初診年月日

手帳の交付を求める精神疾患について、診断書作成医療機関において初めて医師の診療を受けた日を記入してください。

診断日が初診年月日から6か月以上経過していない場合、初診年月日が空欄である場合、又は「不明」等と書かれている場合は、手帳が交付できません。問診などによっても初診の時期が明らかにならない場合は、分かり得る範囲で最も古い受診日を記入していただければ結構です。

6か月以上経過していることが明らかであれば、「〇〇年頃」でも可とします。

(1)(2)が同日である場合は、その旨が分かるように記入してください。

③. 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容

(1) 推定発病時期

発病時期が明らかでない場合、空欄のままですと記入漏れか否かの判断ができません。
その際は「〇〇年頃」「不明」などをご記入ください。

(2) 精神科受診歴等

精神障害者手帳の申請については、受診歴等は省略できません。発病から初診までの経過や入院・通院歴を可能な限り詳細に記入してください。極端に簡略化した記載は審査・判定の支障となりますのでご協力をお願いします。

なお、精神障害者手帳を申請する精神疾患に関するものであれば、内科や小児科、脳神経外科などの受診歴も含まれます。

なお、初診年月日との間に矛盾がある場合には訂正や追記の必要が生じますので、ご注意ください。

④. 現在の病状、状態像等

手帳は2年毎の更新になりますので、概ね過去2年間に見られたもの、今後2年間に予想されるものを含めて○で囲んでください。「その他」に該当する場合はその内容を()内に具体的にご記入ください。

自立支援医療との同時申請でICDコードがF4～F9の場合、重度かつ継続の対象になるためには「(6) 情動及び行動の障害」又は「(7) 不安及び不穏」のいずれか一項目以上に該当があることが前提になりますので、ご注意ください。

なお、精神作用物質の乱用・依存だけでは手帳の対象になりません。また、精神症状が認められる場合でも、現在も使用が続いている場合は手帳の対象になりません。

離脱症状などによる精神神経症状があり、そのため長期に渡り日常生活に支障があることが条件です。

⑤. 病状・状態像の具体的程度、症状等

「4 現在の病状、状態像等」欄で該当するとした病状、状態像について具体的にご記載ください。前回更新時と比較して変化があった部分については、特に詳細な記入をお願いします。

てんかんの場合は、発作の型やその頻度（月に○回以上など）が手帳の等級に大きく影響します。下記の表を参考にご記入ください。

発作が投薬等によりコントロールされていると判断される場合は、「ホ 現在発作はない」を選択し、最終発作日を記入してください。「平成 20 年ごろ」等、記入可能な範囲で差し支えありません。また、発作がコントロールできていない場合は最終発作についての記入は不要です。

等級	発作のタイプ	発作間欠期の精神神経症状・能力障害
1級程度	ハ、ニの発作が月に1回以上ある場合	他の精神疾患に準ずる
2級程度	イ、ロの発作が月に1回以上ある場合 ハ、ニの発作が年に2回以上ある場合	他の精神疾患に準ずる
3級程度	イ、ロの発作が月に1回未満の場合 ハ、ニの発作が年に2回未満の場合	他の精神疾患に準ずる

発作のタイプは以下のように分類する。

- イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

⑥. 生活能力の状態

(1) 現在の生活環境

いずれか一つを必ず○で囲んでください。「施設に入所」されている場合、「その他」に該当する場合は（ ）内に具体的にご記入ください。

入院中の方が自立支援医療との同時申請を行う際には、「10 備考欄」などに、退院予定がいつ頃かを具体的に記入する必要があります。自立支援医療の対象となるのは、入院を要さない場合で、精神病あるいはそれと同等の病態にある方とされているためです。

(2) 日常生活能力の判定

ア～クの8項目のそれぞれ一つずつを○で囲んでください。

「通院と服薬」については、不要とした場合でもどちらか一方を必ず○で囲んでください。

なお、手帳の判定は長期間の薬物治療下における状態で行うことが原則となっています。

(3) 日常生活能力の程度

ア～オのいずれか一つを○で囲んでください。

乳幼児の生活能力については、同年齢の一般的な乳幼児と比較してどのような点に障害があるか、どの程度の援助が必要かという観点からの記入をお願いします。

なお、ここでいう精神障害はてんかんを含みます。発作間欠期の状態について記入してください。

⑦. ⑥（生活能力）の具体的程度、状態像等

「⑥生活能力の状態」について、さらに具体的にご記入してください。

⑧. 現在の精神保健福祉サービスの利用状況

利用のある場合は該当するサービス一つ以上を○で囲んでください。

「その他」の場合は（ ）内に具体的にご記入ください。

利用のない場合は記入不要です。

この頁は自立支援医療との同時申請、又は自立支援医療の申請に利用する場合に記入が必要な項目になります。

⑨. 現在の治療内容

(1) 投薬内容

主たる精神障害についての投薬内容を、「抗精神薬」「抗てんかん薬」などの総称ではなく、製品名か一般名で具体的にご記入ください。また、略語の使用もお避けください。投薬には点滴や注射も含まれます。薬物療法を行っていない場合は「なし」と記入してください。

記入を担当する医師が必要と認めた場合、投薬量も併記してください。

(2) 精神療法等

薬物療法以外の治療について、該当する項目一つ以上を○で囲んでください。「その他」の場合は（ ）内に具体的な記入をお願いします。

(3) 訪問看護指示の有無

指示がある場合は、チェックを入れてください。

指示のない場合は記入不要です。

⑩. 今後の治療方針

「継続」などでなく、どのような治療を継続するかを具体的に記入してください。

⑪. 「重度かつ継続について」

ICD コードがF 0～F 3、G 40 の場合は省略していただいて結構です。

ICD コードがF 4～F 9 の場合は、「④ 現在の病状、状態像等」の「(6) 情動及び行動の障害」「(7) 不安及び不穏」の少なくとも一項目以上が○で囲まれており、計画的・集中的な継続治療が必要であると担当医師が判断した場合のみ、ご記入ください。記入漏れについては、重度かつ継続は非該当となりますのでご注意ください。

(1) 症状の持続

三項目のうち、いずれか一つにチェックをお願いします。

(2) 指定医等

いずれか一方にチェックをお願いします。

記入を担当する医師が精神保健指定医である場合、指定医番号をご記入ください。

⑫. 備考

その他、判定の参考になる事項があればご記入ください。

入院中の方で自立支援医療との同時申請の場合、又は自立支援医療の申請に利用する場合は退院予定を記入してください。

※その他の注意点

診断書の作成にあたっては、極力横浜市の様式をご使用ください。他自治体の様式については、必要に応じて不足する項目の追記などをお願いする場合がございます。なお、ご依頼があれば横浜市様式のエクセルファイルやPDFファイルをご提供することも可能です。

本来A3サイズの診断書の様式をA4サイズの紙2枚に分けて印刷するなど、やむを得ず診断書が複数枚に渡る場合、必ず割印をお願いします。また、記入内容に訂正がある場合には、該当箇所に訂正印が必要です。お手数ですが診断書の偽造など不正防止のため、ご協力をお願いします。

診断書作成日、医療機関名や所在地・電話番号、診療担当科名や医師氏名の記入漏れにご注意ください。医療機関名などはゴム印を押していただいても結構ですが、医師氏名については「医師の自署」または「担当医師の押印」のいずれかが必要です。