

# 〈精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療申請用診断書記入用チェックリスト〉

チェックしてください

## ① 病名

- 「主たる精神障害」「従たる精神障害」は、国際疾病分類による精神障害名を、ICDコードは、これに対応するコードを記入してください（ICDコードは、精神障害：F00～F99、てんかん：G40）。
- ※ 知的障害（精神遅滞）は、精神障害者保健福祉手帳の対象外の病名です。ただし、自立支援医療（通院精神）では、情動の障害や行動の障害等を伴う場合は対象となります。手帳の診断書で知的障害が併存する場合、従たる精神障害の欄に記入してください。
- 「身体合併症」欄は、精神障害の治療又は症状に起因する病名を記入してください。
- ※ 自立支援医療の対象となる身体合併症は、当該精神障害の治療に関連して生じた病態（薬剤の副作用等）や、当該精神障害の症状である、躁状態、抑うつ状態、幻覚妄想、情動障害、行動障害、残遺状態によって生じた病態です。

## ② 初診年月日

- 手帳申請の場合、主たる精神障害の初診日は診断書作成日の6ヶ月以上前の日付となっていますか。
- ※ 主たる精神障害の初診日⇒ 主たる精神障害を最初に診察した病院の初診日です。

## ③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容

- 更新申請の場合は、前回の申請時から現在までの状況も含めて記入してください。
- 手帳の診断書で、貴院での初診日からは6ヶ月を経過していないが、前医の初診日からは6ヶ月以上経過している場合、前医の医療機関名を記載してください。

## ④ 現在の病状、状態像等

- 主たる精神障害もしくは従たる精神障害の症状として整合性がとれていますか。
- 「てんかん」の場合、「発作型」「頻度」「最終発作年月日」を必ず記入してください。
  - ※ 発作のタイプ、頻度等を確認した上で、手帳の等級が判定されます。
  - ア 手帳の診断書では十分な期間（概ね6か月）治療した状態で記入してください。
  - イ 発作のタイプが複数ある場合、それぞれについて記入してください。
  - ウ 頻度と最終発作年月日の整合性をとってください（2年以上発作がない場合、頻度は「なし」と記載）。
- 「(9)精神作用物質の乱用及び依存等」は、「現在の使用の有無」「不使用の場合、その期間」を必ず記載してください。「アルコール依存症」で、「依存」以外にも精神症状がある場合、該当する病状、状態像等の項目を○で囲んでください。
- 知的障害（精神遅滞）及び認知症の場合、情動の障害や行動の障害等（④(1)から(7)に該当）に関する医療について、自立支援医療（精神通院）の対象となります。
- 知的障害（精神遅滞）に該当する場合、療育手帳の有無を記入してください。

## ⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

- 「④現在の病状、状態像等」欄の病状等について、具体的に記入してください。
- ※ 最近2年間の病状について記入してください。過去の状態のみ記載されている場合があります。
- ※ 認知症の場合、できるだけ現在の検査所見などを記入してください。

## ⑥ 現在の治療内容

## ⑦ 今後の治療方針

【自立支援医療の申請の場合に記入】

- 1投薬内容には、支給認定を受けようとする投薬内容について記入してください。投薬を行っていない場合は「なし」と記入してください。
- ※ 自立支援医療とは関係しない投薬内容の記入は必要ありません。

### ⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

- 日常生活、就学、就労等の場面において、現在、障害福祉サービスや援助を受けていれば、どのようなサービスや援助をどの程度うけているか、具体的に記入してください。

### ⑩ 生活能力の状態

【手帳の申請の場合に記入】

- 日常生活能力の判定・程度が、③、④、⑤、⑩の記載内容と連続性・整合性がとれるよう留意してください。  
※ ⑩-2、⑩-3は、原則的には、十分に長期間の治療が行われた状態で判定してください。

#### 《 ⑩-1 現在の生活環境 》

- 診断書記載時点での「入院・入所（施設名（ ））」「在宅（ア単身・イ家族等と同居）」「その他（ ））」のうち該当するものを○で囲んでください。「入所」の場合「施設名」を、「その他」の場合、その内容を（ ）に記載してください。

#### 《 ⑩-2 日常生活能力の判定 ⑩-3 日常生活能力の程度 》 【手帳の申請の場合に記入】

- ⑩-2は(1)から(8)について、すべて判定し○で囲んでください。
- 保護的環境（入院等）ではなく、単身生活を想定して判定してください。
- 年齢相応の能力と比較した上で判定してください。
- 現時点のみでなく、概ね過去2年に認められたもの、概ね今後2年間に予想されるものを含めて、該当する項目を選んでください。
- 「通院及び服薬」欄の（要・不要）に○印をしてください。
- 身体障害、知的障害を有する場合、それらによる生活能力への影響は加味しない判定としてください。
- ④(9)精神作用物質の乱用及び依存等で、現在、使用(有)の場合、その物質の影響を加味しない判定としてください。（例：アルコール依存症であれば、飲酒のない状態で判定）
- 「2日常生活能力の判定」と「3日常生活能力の程度」に大きな差異はありませんか。

### ⑪ ⑩の具体的程度、状態像

【手帳の申請の場合に記入】

- 症状や病歴を記載するのではなく、精神障害による日常生活上の障害（どのような場合に支援が必要かなど）について、具体的に記載してください。特に、⑩-1「単身」で⑧サービス等の利用がない場合や就労を続けている状況で、⑩-2、3が「重度」の判定の場合は具体的な援助の状況について詳しく記入してください。

※ 身体障害、知的障害に起因するものは加味しないでください。

※ ⑩-2で重度と判定した項目については、詳しく記入してください。

- ③病歴、④⑤現在の病状、状態像、⑩生活能力の状態と連続性・整合性がとれていますか。

- 就学、就労状況について、具体的に記入してください。

※ 就労状況：就労の有無、一般雇用・障害者雇用・福祉的就労などの形態、週○回1日△時間、勤務状況（例 継続して勤務・休職中）作業内容 など

### ⑫ 診断書作成日、医療機関の名称等

- 医師氏名は、「自署」又は「記名(パソコン等での氏名)の場合は押印」としてください。

### その他

- 自筆での記載の場合、容易に判読できるよう、楷書で記入してください。
- 手帳の診断書の作成に当たっては、「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項について」（平成7年9月12日健医精発第45号）を参照してください。