

障害年金の診断書（精神の障害）を作成される 医師の皆さまへ

平成25年6月1日から
国民年金・厚生年金保険の診断書
「精神の障害用（様式第120号の4）」の様式が変わります

障害基礎年金・障害厚生年金の「高次脳機能障害（精神の障害）」についての認定基準の見直しに伴い、診断書の様式を変更します。

平成25年5月1日以降に変更後の様式を配布し、
6月1日から新しい様式で認定事務を行います。

〔変更点〕

「障害の状態（現在の病状又は状態像）」の欄を整理し、新たに
高次脳機能障害の項目を追加しました。

※失語については、この診断書ではなく、言語機能の障害用（様式第120号の2）
の診断書に記載することになっていますので、ご注意ください。

★ 変更後の様式の診断書を作成される際には、
『診断書作成の留意事項』をご参照ください。

※ 不明な点は、[日本年金機構の年金事務所](#)へお問い合わせください。

《精神の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

表面

①欄
障害年金の支給を求める傷病名を記入します。該当するICD-10コードも必ず記入してください。
例：高次脳機能障害
ICD-10コード(F04、F06、F07)

⑦欄
特に知的障害や発達障害については、これまでの状態を参考としますので、本人や家族などの話をできるだけ詳しく記入してください。

⑩ア欄
該当する病状または状態像の番号を○で囲んでください。

● 注意事項
VI 「てんかん発作のタイプ」
てんかん発作がある場合は、以下の発作のタイプ(A~D)のいずれかを○で囲んでください。
A：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
B：意識障害の有無を問わず、転倒する発作
C：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
D：意識障害はないが、随意運動が失われる発作

VII 「高次脳機能障害」
失語の症状について審査を希望される場合は、言語機能の障害用(様式第120号の2)の診断書が必要になります。

国民年金 厚生年金保険 診断書 (精神の障害用) 様式第120号の4

氏名 (フリガナ) 氏名	生年月日 昭和 年 月 日 生 () 性別 男・女
住所 〒 市 区 丁目 番 号 番	都道府県 市区
① 傷病の原因となった傷病名 ICD-10コード()	② 傷病の発生日 昭和 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)
③ ①のため初めて医師の診察を受けた日 平成 年 月 日	④ ①のため初めて医師の診察を受けた日 昭和 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)
⑤ 傷病が治った(症状が軽減した状態を含む。)かどうか 平成 年 月 日 確認 指定	⑥ 症状のよくなる見込・・・有・無・不明
⑦ 傷病から現在までの病歴及び治療の種類、内容、薬学・処方状況等、期間、その他参考となる事項	⑧ 傷病から現在までの病歴及び治療の種類、内容、薬学・処方状況等、期間、その他参考となる事項
⑨ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (年 月 日)	⑩ ア 発育・養育歴 イ 教育歴 ウ 職業
⑪ 治療歴 (書ききれない場合は⑩「備考」欄に記入してください。)(※ 同一医療機関の入院・外来は分けて記入してください。)	⑫ 現在の病状又は状態像 (該当のローマ数字、英数字を○で囲んでください。)
⑬ 前回の診断書の記載時との比較 (前回の診断書を作成している場合は記入してください。)	⑭ 現在の病状又は状態像 (該当のローマ数字、英数字を○で囲んでください。)

本人の障害の程度及び状態は無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により消滅してください。)

③欄
①の傷病のために初めて医師の診療を受けた日を記入します。診療録で初診が確認できるときは、「診療録で確認」を○で囲んでください。確認できないときは、「本人の申立て」を○で囲み、申立て年月日を記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

⑩イ欄
ア欄の程度、症状およびそれらの症状に伴う日常生活や労働に関する制限について具体的に記入してください。また、投薬治療を行っているときは、処方薬名や用量なども記入してください。

《お願い》
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。
過去の障害の状態については、当時の診療録に基づいて記入してください。
診断書に記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することができますので、ご了承ください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

⑩ウ欄 (2. 日常生活能力の判定)
 日常生活能力の判定は、保護的環境下ではなく、一人で生活している場合を想定して判断してください。
 (1)～(7)の項目に判断の基準となる例を記載していますので参考にして、該当する項目の口に✓印(チェック)を付けてください。

●ここで言う「行わない」は、障害の性質上の行動であり、性格や好き嫌いなどで行わないことは含みません。

⑩エ欄
 本人や家族などから聴き取りができた場合は、できるだけ記入してください。

⑫欄
 診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

⑬欄
 ①欄に神経症圏(ICD-10コードがF4)の傷病名を記入した場合に、「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害」または「気分(感情)障害」の病態を示しているときは、その病態とICD-10コードを記入してください。

病院または診療所の名称だけでなく、所在地も忘れずに記入してください。

ケ 日常生活状況 1 家庭及び社会生活についての具体的な状況 (ア) 現在の生活環境 (該当するもの一つを○で囲んでください。) 入院 ・ 入所 ・ 在宅 ・ その他 () (注記) 同居者の有無 (有 ・ 無) () (イ) 全般的状況 (家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。) [] 2 日常生活能力の判定 (該当するものにチェックしてください。) (注記) 判断にあたっては、障害で生活するとなら可能かどうかで判断してください。		3 日常生活能力の程度 (該当するもの一つを○で囲んでください。) ※日常生活能力の程度を記載する際には、状態をもっとも適切に記載できる(精神障害)又は(知的障害)のどちらかを優先して記入してください。
(1) 適切な食事—食糧などの準備も含めて適量をバランスよく摂ることがほぼできるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導が必要 <input type="checkbox"/> にはできない(若しくは行わない)		(精神障害) (1) 精神障害(病的体験・残遺症状・認知障害・性格変化等)を認め、社会生活は普通に行える。 (2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通に行えるが、社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、自発的な家事をこなすことはできるが、衣類や手洗いが変化したりする手洗いや掃除などがある。社会生活や労働的な行動の場面に出来なないこともある。全般的援助は必要である。)
(2) 身の清潔維持—洗面、洗髪、入浴等の身体の衛生保持や着替え等ができる。また、居室の清掃や片付けができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導が必要 <input type="checkbox"/> にはできない(若しくは行わない)		
(3) 金銭管理と買い物—金銭を効力通りに管理し、やりくりがほぼできる。また、一人で買い物ができる。計画的な買い物ができる。また、一人で必要な手続きを行えるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導が必要 <input type="checkbox"/> にはできない(若しくは行わない)		
(4) 通院と服薬(病・不調)—定期的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝えることができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導が必要 <input type="checkbox"/> にはできない(若しくは行わない)		
(5) 他人との意思伝達及び対人関係—他人の話を聞き、自分の意思を相手に伝える、集団行動が行えるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導が必要 <input type="checkbox"/> にはできない(若しくは行わない)		
(6) 身の安全確保及び危機対応—事故等の危険から身を守る能力がある。通常の事象となつた他人に援助を求めらるるなどを含めて、適切に対応することができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導が必要 <input type="checkbox"/> にはできない(若しくは行わない)		
(7) 社会性—単行での金銭の出し入れや公施設等を利用が一人で可能。また、社会生活に必要な手続きが行えるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導が必要 <input type="checkbox"/> にはできない(若しくは行わない)		
2. 現在の就労状況 ○勤務先 (・ 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他 ()) ○雇用体系 (・ 障害者雇用 ・ 一般雇用 ・ 自営 ・ その他 ()) ○勤続年数 (年 ヶ月) ○仕事の頻度 (週に()日) ○ひと月の給与 (円程度) ○仕事の内容 ○仕事場での援助の状況や意思疎通の状況		オ 身体所見(神経学的な所見を含む。) カ 臨床検査(心電アクト・認知検査、知能検査、知能指数、精神年齢を含む)
⑬ 現在時の日常生活能力及び労働能力 (必ず記入してください。) ⑭ 予後 (必ず記入してください。) ⑮ 備考		キ 福祉サービスの利用状況 (障害者自立支援法に規定する自立訓練、共同生活援助、共同生活介護、在宅介護、その他障害福祉サービス等)

⑩ウ欄 (3. 日常生活能力の程度)
 日常生活能力の程度は、知的障害以外の精神疾患であれば(精神障害)欄の、知的障害であれば(知的障害)欄の(1)～(5)のいずれかを○で囲んでください。
 発達障害については、知的障害と同様の症状が顕著にあらわれている場合は(知的障害)欄に記入していただいても構いません。

●日常生活能力の程度を判断するに当たっては、各項目の下部に記載している例を参考にして、生活全般を総合的に判断してください。

⑩カ欄
 知的障害や発達障害の場合は、知能指数および精神年齢を必ず記入してください。また、認知障害の場合は、認知検査をされているときは、その結果を記入してください(判定の参考にします)。

⑩キ欄
 障害者自立支援法による障害福祉サービスなどを利用しているときは、その種類や内容について記入してください。

てんかん、知的障害、発達障害、認知症、高次脳機能障害などは、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などでそれぞれの疾患の専門医師として従事している方であれば、精神科の医師でなくても診断書を作成できます。