自立支援医療診断書（精神通院）様式の記載方法

※この記載方法を切り離さず担当医師に渡してください。

※診断書作成日から３ヶ月以内にお住まいの区市町村の窓口で申請してください。

※診断書の作成にあたって

この診断書は、申請者が自立支援医療診断書（精神通院）の要件に合致するかを判断するものですので、誤りや記載もれ等のないように、正確に記載してください。

【１　「氏名、生年月日、年齢、住所」】

申請者本人の特定に関わる重要な事項ですので、正確に、記載漏れのないようにしてください。

年齢は診断書作成日現在の満年齢を記載し、住所は申請者本人の現住所を記載してください（旧住所等を記載いただくと、申請者が記載する申請書と異なる場合があるので、ご注意ください）。

【２　「１　病名」】

(1)「主たる精神障害」及び(2)「従たる精神障害」の欄には、国際疾病分類に位置づけられる病名を記載し、ICD-10 コードを併記してください（このコードは少なくとも２桁（Ｆ＊＊）まで記載してください。制度が適用される病名の範囲は、ICD-10　Ｆ00～99、及び、Ｇ40 です。）。

〔注意点１：「疑い」病名や状態像診断は避けてください（ICD-10 コードの記載漏れ、病名とコードが一致していない、疑い病名である場合等は、お問い合わせすることがあります）。〕

〔注意点２：「適応障害 ICD-10 コード F43-2」の病名につきましては、ICD-10 ガイドラインにより、推定発病時期から 6 ヵ月未満の場合において診断できる病名となります。〕

(3)「身体合併症」の欄には、公費負担の対象となる合併症について記載してください。

公費負担の対象となる合併症は、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、残遺状態等によって生じた病態です。

公費負担の対象となる合併症か否かは、病例ごとに医学的見地から行われるべきではありますが、一般的に感染症（特に慢性のもの）、新生物、アレルギー（薬剤副作用によるものを除く）、筋骨格系の疾患については、精神障害に起因するものとは考え難いです。**公費対象外の合併症については、備考欄に記載してください。**

〔注意点：ICD-10 コードは、インターネットでも検索できます。〕

【３　「２　発病から現在までの病歴」】

推定発病年月、初診日は必ず記載してください。精神科受診歴等を含む、発病から貴院の現在までの病歴をなるべく詳細に記載してください（入院、通院等）。入院中は新規・再開の申請はできません。

〔注意点：極端に簡略化した記載は、審査、判定に支障をきたすおそれがあります。〕

【４　「３　現在の病状・状態像等」】

発病等から現在に至るまでの病状・状態像等に該当する項目を○で囲んでください。「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を具体的に記載してください。

(8)「てんかん発作等」については、おおむね過去２年間における発作の状況（てんかんの発作型と頻度）を必ず記載してください。臨床発作が抑制されている場合は最終発作の年月を明記してください。

〔注意点：現在の病状・状態像がもれなくチェックされていない場合、審査判定に支障をきたすおそれがあります。〕

【５　「４　３の病状・状態像等の具体的程度、病状、検査所見等」】

「入院を要さない場合であること」、「その状態像が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返すこと」、「継続的な通院による精神療法や薬物療法、各種検査を必要とする場合であること」等がわかるように記載してください。

〔注意点：具体的程度、病状、検査所見等の記載にあたっては、上記に該当するか否かが明らかでないような記載や「３　現在の病状・状態像等」において該当する病状・状態像等についての記載もれ、「前回と同じ」などの簡略化した記載方法はしないでください。〕

【６　「５　現在の治療内容」】

(1) 投薬内容について

診断名に対する主たる薬剤名（商品名又は一般名）を日本語で略さず記載してください。分量等は記載する必要はありません。投薬には、点滴、注射を含みます。投薬がない場合は「なし」とご記載ください。

〔注意点：総称での「抗うつ剤」、「抗不安剤」等といった表記や英語名での表記はしないでください。〕

(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具体的に記載してください。

〔注意点：「通院精神療法」「行っている」「支持的精神療法」等の簡単な記載ではなく、医学的観点から具体的に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

該当部分を○で囲んでください。

訪問看護に公費負担を適用するには、訪問看護指示が必要です。

【７　「６　今後の治療方針」】

この欄は、公費負担による治療継続の適否の判定に必要です。治療目的とそのための手段を具体的に記載してください。再発予防等の視点から「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、必要性を具体的に記載してください。

〔注意点：「現在の治療を継続する」「外来継続」「薬物療法を継続する」等の簡単な記載ではなく、治療目的とその為の手段、継続的な通院治療の必要性を具体的に記載してください。〕

【８　「７　現在の障害福祉サービス等の利用状況」】

自立訓練、共同生活援助、居宅介護、訪問指導等のサービスを利用している場合は、その利用状況について、該当する項目を○で囲んでください。なお、ここには医療機関で行われるデイケアは含まれません。

〔注意点：記載もれに注意してください。該当する項目がなければ「なし」を必ず○で囲んでください。〕

【９　「８　備考」】

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（例えば、精神障害に伴う身辺管理能力の障害の程度や公費負担の対象とならない身体合併症等です）。

【 10　「日付、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」】

日付は、診断日を記載してください。診断書の内容について照会することもありますので、医療機関の所在地、名称、電話番号を必ず記載してください。

医師氏名については、診断医の氏名を記載するものとし、ゴム印を用いた場合は、複写になっている３枚とも押印が必要です。医療機関コードは事務等に確認のうえ、必ず記載してください。

精神保健指定医の場合は、指定医番号を、また指定医でない場合は、精神医療従事年数を記載してください。

【 11　高額治療継続者（重度かつ継続）の範囲について】

(1) 主たる精神障害が ICD-10 コードの F0～F3、G40 に該当すること。

(2) 上記 (1) に該当しない（ICD-10 コードが F4～F9）場合は、以下の三項目の要件を全て記載してください。

① 「２　発病から現在までの病歴」及び「３　現在の病状」において、精神病あるいはそれと同等の状態にあり、持続するか、消長を繰り返し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすること等の記載があること。

② 「５　現在の治療内容」及び「６　今後の治療方針」において、「３（６）情動及び行動の障害」、「３（７）不安及び不穏状態」があり、計画的・集中的な治療を継続して行う必要があること等の記載があること。

※「計画的であること」＝中・長期的な治療目標のもとに現在の治療が位置づけられていること。

※「集中的であること」＝単なる対症療法的な薬物療法以上の治療が行われていること。

③診断書を作成する医師が精神保健指定医または３年以上精神医療に従事した医師であること。

東京都立中部総合精神保健福祉センター
（日本工業規格Ａ列３番）（Ｒ８.10）