

自立支援医療診断書（精神通院医療用）
記入に当たっての留意点について

相模原市

～はじめに～

自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定は、書面審査の形式をとっており、診断書に記載された内容だけが審査の対象となります。このため、診断書に記入もれがあったり、継続的な通院による精神医療を必要とする状態像等を十分に読み取ることができない場合には、診断書作成医に疑義照会をさせていただいたり、場合によっては「不承認」との判断をすることもあります。

この度、「自立支援医療診断書（精神通院医療用）記入に当たっての留意点」を作成いたしましたので、診断書作成の際の参考資料としていただければ幸いです。

なお、以下の通り作成いただきました診断書についても、判定上必要である、または判読が困難であると判断されたものについては個別に確認させていただくことがございますので、ご協力をお願いいたします。

自立支援医療診断書（精神通院医療用）記入に当たっての留意点

1 病名

(1) 主たる精神障害

自立支援医療（精神通院医療）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又はその依存症^{注1}、精神遅滞（知的障害）^{注2}、精神病質その他の精神疾患を有し、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状に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、原則、国際疾病分類に位置づけられる病名を日本語表記で記入し、ICD-10コード（英字1桁と数字2桁もしくは3桁）を併記してください。なお、対象となる範囲はF00～F99およびG40です。

※避けていただきたい表記例…「心因反応」「心因精神病」「反応精神病」「うつ反応」
「気分障害」「急性精神病」「〇〇圏」「〇〇状態」
「〇〇の疑い」「〇〇の後遺症」「〇〇症状」 など

注1）精神作用物質による急性中毒又はその依存症の場合、診断書から通院医療を自ら希望していること、あるいは継続的な通院による精神医療を必要とする状況が読み取れる場合に対象となります。

注2）精神遅滞（知的障害）や認知症の場合、情動の障害や行動の障害等を伴い、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対象となります。

(2) 従たる精神障害

その他の精神障害がある場合に記入してください。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。

(3) 身体合併症

自立支援医療の対象となる身体合併症がある場合に記入してください。

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、残遺状態等によって生じた病態です。

自立支援医療の対象となる身体合併症か否かの判断は、症例ごとに医学的見地から行うべきものですが、一般的に感染症、新生物、アレルギー（薬剤の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く、自立支援医療費の対象とはなりません。

2 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、発病状況、初発症状、通院状況、前医を含めた受診歴、治療の経過、治療内容を記入してください。なお、自立支援医療を申請する精神疾患に関するものであれば、内科、小児科、脳神経外科などの受診歴も含まれます。

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には、出生時を推定発病時期として記入してください。高次脳機能障害の場合は、発症の原因となった疾患の発症日を記入してください。なお、発病時期が明らかでない場合は、「〇〇年頃」など分かる範囲で記入してください（「不明」であれば「不明」と記入してください。）。

3 精神障害の病状、状態像等

診断書記入時の現症についての記入欄です。治療を中止すれば出現する可能性のある症状も含めて記入してください。

「(12)その他」に該当する場合は、()内にその内容を具体的に記入してください。

4 「3精神障害の症状・状態像等」の具体的程度、症状、検査所見等

「3 精神障害の症状、状態像等」欄で該当するとした病状、状態像等について具体的に記入してください。単なる症状の列記でなく、症状や障害の変動性・周期性、生活に与える影響の程度等が読み取れるように記入してください。また、当該状態像を裏付けるのに必要な検査、その検査所見及びその実施日を記入してください。なお、病状等で検査施行が不可能な場合には、その旨を記入してください。

前回申請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。

※記入していただきたい事項例

- ・幻覚・妄想、強迫症状、身体化症状等の具体的な内容
- ・症状や障害の変動性・周期性、具体的な程度
- ・ストレス因（ストレス関連障害の場合）
- ・身体因を否定する検査所見（身体表現性障害の場合） など

5 精神障害に対する現在の治療内容

(1) 投薬内容

自立支援医療の対象となる疾患の治療で使用する薬剤名等を製品名か一般名で具体的に記入してください（略語の使用は避けてください。）。投薬には点滴や注射も含まれます。

空欄のままですと記入もれか否かの判断ができませんので、薬物療法を行っていない場合には「なし」と記入してください。

なお、精神疾患に起因して生じた身体合併症及び精神疾患の治療に用いた薬剤の副作用等に対する投薬がある場合には、その投薬が必要な理由を「8 備考」欄に記入してください。

※抗不安薬又は睡眠薬のうち、いずれかを3種類以上処方している場合

「8 備考」欄に、3種類以上の処方を必要とする医学的理由を記入してください。

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱（国通知）では、厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム：過量服薬対策ワーキングチームにより取りまとめられた「抗不安薬・睡眠薬の処方実態に関する報告」及び自立支援医療費の適正化の観点から、同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合には、医療機関から理由を求め、不適切な事例が認められる場合は、過去の投薬状況を確認し、治療方針等を十分に審査した上で、支給認定を行うこととされています。

相模原市では上記通知を踏まえ、抗不安薬又は睡眠薬のうち、いずれかを3種類以上処方している場合には、その医学的理由や今後の減量方針等を記入していただくようお願いをしております。

(2) 精神療法等

薬物療法以外の治療等について、該当する項目を○で囲んでください。「その他」の場合は、（ ）内にその内容を具体的に記入してください。

(3) 訪問看護指示の有無

訪問看護の指示の有無について、どちらかを○で囲んでください。

「有」に○がついていない場合、訪問看護は自立支援医療の対象となりませんので、ご注意ください。

6 精神障害に対する今後の治療方針

「現在の治療を継続」「薬物療法を継続」「前回と同じ」等でなく、治療目標とそのため
の手段、継続的な通院による精神医療の必要性を具体的に記入してください。

7 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

日常生活、就学、就労などの場面において、現に障害福祉等のサービスを利用している
場合には、該当する項目を○で囲んでください。

「その他の障害福祉サービス等」に該当する場合は、()内にその内容を具体的に記
入してください。

8 備考

その他、自立支援医療の判定に参考となる事項があれば記入してください。

※記入していただきたい事項例

- ・「1病名 (3) 身体合併症」欄に記入された以外の身体合併症がある場合、その病名
- ・精神疾患に起因して生じた身体合併症及び精神疾患の治療に用いた薬剤の副作用等
に対する投薬がある場合、投薬を必要とする理由
- ・抗不安薬又は睡眠薬のうち、いずれかを3種類以上処方している場合、その医学的な
理由や今後の減量方針等

9 自立支援医療における「重度かつ継続」

ICDコードがF00～F39、G40の場合は記入不要です。

ICDコードがF40～F99である場合、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態
に該当し、計画的かつ集中的な精神医療を継続的に要する場合は、下記項目に記入して
ください。

(1)「症状の持続」に関する項目

三項目のうち、いずれか一つにチェックをしてください。

(2)「指定医等」に関する項目

「重度かつ継続」の診断は、3年以上の精神医療の経験を有する医師が行う必要があり
ます。

いずれか一方にチェックをしてください。なお、記入した医師が精神保健指定医である場合は、指定医番号を記入してください。

※その他の留意点

診断書の作成に当たっては、極力相模原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あります。なお、相模原市の様式については、相模原市ホームページからダウンロードすることも可能です。
(トップページ>申請書ダウンロード>福祉・相談>自立支援医療診断書(精神通院医療用))

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わたる場合は、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となります。お手数をおかけしますが、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、所在地・電話番号、診療担当科名及び医師氏名の記入もれにご注意ください。

◎参考 自立支援医療費(精神通院医療)関係 厚生労働省通知

○自立支援医療費の支給認定について

- ・自立支援医療費支給認定通則実施要綱
- ・自立支援医療費(精神通院医療)支給認定実施要綱
- ・自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針

☆疾患別記入の留意点☆

◎主たる精神障害が「双極性障害」の場合

病名が「双極性障害（F 3 1）」の場合、躁状態、うつ状態、双方の状態像等について記入してください。

3欄、4欄については、治療を中止すれば出現する可能性のある症状も含めて記入してください。現在、双方の状態像等が認められない場合であっても、これまでに認められたエピソードについて記入してください。

◎主たる精神障害が「適応障害」の場合

病名が「適応障害（F 4 3.2）」の場合、発症の要因となったストレス性の出来事、あるいは生活上の大きな変化等についても記入してください。

また、症状の持続はストレス因が消失してから、通常6ヶ月を超えない（「遷延性抑うつ反応」も症状の持続は2年を超えない。）とされております。長期にわたり症状が持続している場合には、診断名を再考してください。なお、ストレス因が持続している場合には、その状況について詳細に記入してください。

「パーソナリティ障害」「精神遅滞」「心理的発達障害」による反応性の状態が考えられるようでしたら、「従たる精神障害」欄にその病名を記入していただくと共に、3欄の該当項目を○で囲み、4欄にその病状、状態像等に関する具体的な程度、症状等について記入してください。

◎主たる精神障害が「精神遅滞（知的障害）」及び「認知症」の場合

病名が「知的障害（精神遅滞：F 7*）」及び「認知症」の場合、易怒性、気分変動などの情動の障害や暴力、衝動行為、食行動異常等の行動の障害等を伴い、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対象となります。

3欄（1）から（7）までのうち該当する項目を○で囲んでいただき、4欄にその病状、状態像等に関する具体的な程度、症状等について記入してください。

また、知的障害及び認知症の程度について、3欄（10）の該当する項目を○で囲んでください。

◎病名が「広汎性発達障害」の場合

病名が「広汎性発達障害（F 8 4）」の場合、2欄、4欄に診断の根拠となった生育歴、病歴、具体的な症状、検査所見等について詳細に記入してください。

また、3欄（1 1）の該当する項目を○で囲んでください。

◎病名が「てんかん」の場合

4欄（1）に発作のタイプ、頻度を記入する項目がありますので、おおむね過去2年間の発作の状況から判断し、該当する項目に記入していただくと共に、4欄上段の記入欄に検査所見等を記入してください。なお、臨床発作が抑制されている場合には、4欄（2）に最終発作の時期を記入してください。

例示した発作のタイプ、頻度に該当しない場合には、4欄上段の記入欄に発作のタイプ、頻度等について記入してください。また、てんかんに伴う精神症状等がある場合には、3欄の該当項目を○で囲んでいただき、4欄にその病状、状態像等に関する具体的な程度、症状等を記入してください。

◎「精神作用物質使用による精神および行動の障害」に関する病名の場合

病名欄には、どのような精神作用物質の使用による精神障害なのかが分かるような記入をお願いします（病名例：「アルコール使用による遅発性精神病性障害（F10.7）」など）。

3欄（9）「（ウ）残遺性・遅発性精神病性障害」に該当する場合には、その状態像等について、3欄の該当する項目（幻覚、妄想など）を○で囲んでください。

なお、自立支援医療（精神通院）の対象となるのは、「乱用、依存からの脱却のため通院医療を自ら希望し、あるいは精神作用物質による精神および行動の障害が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、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」とされており、このため、診断書には、自らの意思で通院していることや乱用、依存からの脱却のための試み、あるいは継続的な通院による精神医療を必要とする精神症状及び状況を詳細に記入してください。また、精神作用物質の使用歴や不使用の期間等についても記入してください。