

自立支援医療（精神通院医療）診断書 作成上の留意事項について

診断書は、受診者（申請者）が自立支援医療（精神通院医療）の要件に合致するかを判断するものですので、誤りや記載もれ等がないように、正確に記載してください。
記載漏れや記載内容に不備がある場合は、審査や判定に支障をきたすおそれがあります。
記載内容により返戻となりますので、ご注意ください。

氏名、生年月日、年齢、住所は、受診者本人の特定に関わる情報ですので、漢字や番地も含め正確にもれのないよう記載してください。

① 病名

国際疾病分類に位置づけられる、略語表記ではない ICD-10 による正式な病名を日本語で記載してください。

例) (正) 注意欠陥・多動性障害 ← (誤) ADHD

(正) 自閉スペクトラム障害 ← (誤) ASD

ICD-10 コードは、少なくとも 2 桁 (F△△) まで記載してください。

主たる精神障害については、1 病名のみを記入ください。

また、疾病圏を特定する必要がありますので、状態像や「疑い」病名は避けてください。

※ 対象となる病名の範囲は、F00 から F99 及び G40 です。

※ 「適応障害 (F43.2)」の病名について

原則発病から 6 か月を超えると新たに診断を考慮すべきとされています。

また「遷延性抑うつ反応 (F43.21)」でも 2 年を超えないとされています。

※ ICD コードの記入漏れ、病名とコードが一致していない場合は、返戻となります。

② 初診年月日 必ず記入してください。

③ 発症から現在までの病歴

精神科受診歴を含む、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。

※ 極端に簡略化した記載、「不変」や「前回と同じ」などの記載は、審査や判定に支障をきたします。また、記載内容により返戻の対象となりますので、ご注意ください。

④ 現在の病状、状態像等

診断書記載時点だけでなく、これまでに認められた状態像や今後出現する可能性のある症状も含めて該当するものを○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。

※ 「てんかん」の場合

病名が「てんかん (G40)」で、「(8) てんかん発作」に該当する場合は、発作のタイプ、発作の頻度、最終発作月日を記入してください。

臨床発作が抑制されている場合は、最終発作年月日を明記してください。

⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状等

④欄の○で困んだ病状や状態像について具体的な程度や病状等を記載してください。

記載内容は、個別性をもった具体的な記載を心がけてください。

検査所見について 検査結果や所見を記載してください。

「器質性精神障害」の場合は、画像診断所見を、「てんかん」の場合は、脳波検査所見等を「認知症」の場合は「長谷川式認知症スケール（HDS-R）」等の結果や画像診断の所見を記載してください。

※極端に簡略化した記載、「不変」や「前回と同じ」などの記載は、審査や判定に支障をきたします。また、記載内容により返戻の対象となりますので、ご注意ください。

⑥ 現在の治療内容

1 投薬内容 ①欄の（１）および（２）の精神障害の治療に処方している向精神病薬等の種類を具体的に記載してください。薬剤名（商品名または一般名）を日本語で省略せずに記載してください。

投薬が「ない」場合は、『なし』と記載してください。

※ 診断書に記載がない場合で、受診者（申請者）が記入した申請書に薬局の記入がある場合は「利用なし」として申請書からは削除となりますので、十分にご注意ください。

2 精神療法等 その有無だけでなく、具体的な種類を記載してください。

例）支持的精神療法、認知行動療法

ない場合『なし』と記載してください。

3 訪問看護指示の有無 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。

訪問看護を自立支援医療に適用する場合は、『有』に○をしてください。

診断書を作成している医療機関とは別の機関に訪問看護を指示している場合は、⑨欄に指示書を出している機関名称と指示内容を記載してください。

※ 診断書に記載がない場合で、受診者（申請者）が記載した申請書に訪問看護の記載がある場合は「利用なし」として申請書からは削除となりますので、十分にご注意ください。

⑦ 今後の治療方針

公費負担による治療継続の適否の判定に必要です。

治療目標とそのための治療方法及び内容について具体的に記載してください。

再発予防等の理由で継続的な通院による精神療法や薬物治療を必要とする場合には、その内容を具体的に記載してください。

※「現在の治療を継続する」「外来継続」「薬物療法を継続する」などの簡単な記載ではなく、治療目的、継続的な通院医療の必要性を具体的に記載してください。

⑧ 現在の障害福祉サービス等の利用状況

この欄は福祉サービスの利用状況等の記載です。

治療として行うデイ・ケアや訪問看護ではなく、福祉サービスについての利用状況を記載してください。

該当する項目がない場合は『無』に必ず○で囲んでください。

⑨ 備考

治療として行うデイ・ケアや治療に付帯する検査等を他機関で行うことを指示している場合には、本欄に必ず医療機関名と指示内容を記載してください。

記載がない場合、公費負担の対象外となりますので、ご注意ください。

高額治療継続者（重度かつ継続）の要件について

主たる精神障害がICD-10コードのF0からF3、G40に該当すること。

上記に該当しない（ICD-10コードがF4からF9）の場合は、以下の要件がすべて満たされていること。

① 「③発病から現在までの病歴」、「⑤現在の病状、状態像の具体的程度、症状等」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 「⑥現在の治療内容」、「⑦今後の治療方針」において、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行われていること

集中的であること：単なる対処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年以上の精神医療に従事した医師であること（3年以上精神医療に従事した略歴は、勤務先等の具体的な記載をしてください）。

重度かつ継続の有無について

主たる精神障害がICD-10コードのF0からF3、G40に該当しない（ICD-10コードがF4からF9）の場合は、その有無について必ず○で囲んでください。

『有』の際には、必ず医師の略歴（勤務先等を具体的に）も記載してください。

診断書を作成した年月日、医療機関情報、診療科、医師氏名について、もれなく記載してください。

なお、医師の氏名欄は、自署または記名押印してください。