

自立支援医療費（精神通院）用診断書及び精神障害者保健福祉手帳用診断書 作成上の留意事項について

愛知県精神保健福祉センター

<はじめに>

愛知県の精神保健福祉センターでは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という。）第6条の2第4項に基づき、自立支援医療（精神通院）診断書及び精神障害者保健福祉手帳用診断書の判定を実施しています。今回、各診断書の作成及び判定がより円滑に行えるよう、診断書作成上の留意事項を作成いたしましたので、作成の際の参考としていただきますようお願いいたします。

<作成にあたっての一般事項>

- 記載に際しては、読みやすい書体でのご記入にご協力ください。
- 電算処理により作成された診断書については、文字の入力ミスや○印の記入もれ等にご注意ください。

1. 自立支援医療（精神通院）用診断書

※ 自立支援医療（精神通院）の申請において、添付書類である診断書の提出が必要となるのは、治療方針に変更^{*}がない限り、「2年に1度」です。前回申請時に診断書を提出されている場合には、次回再認定の際には提出が不要となりますので、不要な診断書を作成いただくことがないよう、ご注意ください。

*）治療方針の変更とは、病名が変更・追加される場合とします。

※ 「氏名・生年月日・年齢・住所」

- これらについては、申請者本人の特定に関する重要な情報ですので、記載漏れや誤りのないようにしてください。

① 「病名」

- 「（1）主たる精神障害」「（2）従たる精神障害」の欄には、国際疾病分類に位置付けられる病名を記入し、ICDコードを併記してください。

- ICDコードはF00～F99のいずれかの二桁コードを記載し、てんかんについてはG40と記入してください。
- 「(3) 身体合併症」の欄には、当該精神障害に起因して生じた身体合併症または当該精神障害の元となった身体合併症について記入してください。

②「発病から現在までの病歴」

- 推定発病年月日や初診医療機関名を記載してください。また、精神症状を主訴として初めて医療機関を受診した時期と初診時のエピソードについて、診療録や本人・家族の話に基づき記入してください。
- 精神科受診歴は、転院状況だけでなく病状の経過についてもできるだけ詳しく記載してください。
- 疾病によって別の医療機関での治療を行っているまたは必要とする場合は、別の医療機関での治療が必要である事情やその治療の内容、及び医療機関間の連携状況を記載してください。自立支援医療（精神通院）では、原則として単独の医療機関を選定しますが、単独の医療機関では必要な自立支援医療をカバーできない場合、複数の医療機関を選定することがあります。その内容を診断書で判断するため、記載をお願いします。

③「現在の病状、状態像等」

- 該当する状態像の数字をもれなく○で囲んでください。
- 精神遅滞及び認知症については、情動及び行動の障害等が伴っている場合に自立支援医療（精神通院）の対象となります。
- てんかんの場合は、「8(1) てんかん発作」に、「発作型」「頻度」「最終発作年月日」「脳波検査を行った場合は、その所見」について記載してください。

④「③の病状、状態像等の具体的程度、症状等」

- 「入院を要さない状態であること」「その状態像が精神疾患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を必要とすること」等がわかるように記載してください。

⑤「現在の治療内容」

- 「1 投薬内容」については、薬剤名を日本語で省略せずに記載してください。

- 「2 精神療法等」については、現在実施している精神療法やデイケア等の治療内容を、医学的観点から具体的に記載してください。
 - 「3 訪問看護指示の有無」については、該当部分を○で囲んでください。訪問看護に自立支援医療（精神通院）を適用するためには訪問看護指示が必要です。
- ⑥「今後の治療方針」
- 治療目的とそのための手段、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。
 - 主たる精神障害がどの I C D コードであっても、必ず記載してください。
- ⑦「現在の障害福祉サービス及び自立支援給付対象サービス等の利用状況」
- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する自立訓練（生活訓練）・共同生活援助（グループホーム）・居宅介護（ホームヘルプ）・その他の障害福祉サービス等、小規模作業所、訪問指導等を利用している場合は、その利用状況を記載してください。該当なければ「なし」と記入してください。
- ⑧「医師の略歴及び「重度かつ継続」に関する意見」
- 主たる精神障害が F 40～F 99である場合のみ記入してください。
 - 医師の略歴について、精神保健指定医、精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が3年以上）及び精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が3年未満）のうち該当するものの□にチェックしてください。
 - 精神科以外の診療科で精神医療に従事している場合（小児科で発達障害の治療に従事している等）は、精神保健指定医以外の医師を選択し、精神医療に従事した期間が3年以上か未滿かに応じて該当する□をチェックしてください。
 - 精神保健指定医及び精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が3年以上）をチェックした場合は、「重度かつ継続」に関する意見についても「該当と判断する」か「非該当と判断する」かのいずれかをチェックしてください。

～高額治療継続（「重度かつ継続」）の要件（疾病、症状等から対象となる場合）～

- 主たる精神障害が I C Dコードの F 00～F 39及び G 40に該当すること。
- 上記に該当しない（ I C Dコードが F 40～F 99）場合は、以下の要件が全て満たされていること。
 - (1) ②「発病から現在までの病歴」、③「現在の病状、状態像等」において、情動及び行動の障害または不安及び不穏状態があり、精神疾患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が明確にわかる内容が記載されている。
 - (2) ⑤「現在の治療内容」、⑥「今後の治療方針」について、計画的・集中的な治療を継続して行っていく必要があることが明確に記載されている。
 - ・ 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付けられていること。
 - ・ 集中的であること…単なる対症療法的な薬物治療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。

※診断年月日、医療機関の情報、診療科、医師氏名について、もれなく記入してください。

2. 精神障害者保健福祉手帳用の診断書

※「氏名・生年月日・年齢・住所」

- これらについては、申請者本人の特定に関する重要な情報ですので、記載漏れや誤りのないようにしてください。

①「病名」

- 「(1) 主たる精神障害」「(2) 従たる精神障害」の欄には、国際疾病分類に位置付けられる病名を記入し、 I C Dコードを併記してください。
- I C Dコードは F 00～F 99のいずれかの二桁コードを記載し、精神障害のないてんかんについては G 40と記載してください。

- 「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」と「重度ストレス反応[重度ストレスへの反応]および適応障害*)」については ICD コードを三桁まで記載してください。

*) 適応障害は通常、症状の持続が 6 か月を超えない（「F43.21 遷延性抑うつ反応」を除く）とされており、精神障害者保健福祉手帳の対象としては適切ではありませんので、適切な精神障害の診断名を記載してください。

- 「(3) 身体合併症」の欄には、当該精神障害に起因して生じた身体合併症または当該精神障害の元となった身体合併症について記入してください。
- 主たる精神障害が知的障害（精神遅滞）の場合は、基本的に、手帳交付の対象外です。

②「初診年月日」

- 「精神科初診年月日」には、主たる精神障害で初めて医療機関を受診した日をご記入ください。初診日から 6 か月以上経過していないと手帳の対象とはなりません。

当該精神障害について前医がある場合には、前医の初診日を記載することになります。前医の初診日を確認することは困難なこともありますが、このような場合には問診により記載してください。

③「発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容」

- 推定発病年月日や初診医療機関名を記載してください。また、精神障害を主訴として初めて医療機関を受診した時期と初診時のエピソードについて、診療録や本人・家族の話に基づき記入してください。
- 精神科等受診歴・転院状況や、病状・治療の経過について、できるだけ詳しく記載してください。
- 認知症以外の器質性精神障害の場合は、原因となった疾患名及び発症日を記載してください。

④「現在の病状、状態像等」

- 該当する状態像の数字をもれなく○で囲んでください。
- 診断書記入時点のみでなく、概ね過去 2 年間認められたもの及び概ね今後 2 年間に予想されるものを含め該当するものを○で囲んでください。
- てんかんは、等級判定が、発作のタイプと発作頻度、そして最終発作年月日により決定されます。漏れの無いように記載してください。なお、精神症状で等級判定する場合は F コードで病名をつけてください。

⑤「④の病状、状態像等の具体的程度、症状等」

- ④で該当した項目について、できるだけ具体的に記載してください。
- 自立支援医療と同時に申請する場合は、「入院を要さない状態であること」「その状態像が精神疾患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を必要とすること」等がわかるように記載してください。

⑥「生活能力の状態」

- 「2 日常生活能力の判定」「3 日常生活能力の程度」については、診断書記入時点のみでなく、概ね過去2年間認められたもの及び概ね今後2年間に予想されるものを含め該当するものを○で囲んでください。なお、それぞれの○で囲んである項目の整合性がとれていない場合、確認の連絡をさせていただきます。
- 「3 日常生活能力の程度」について、(1)に該当する場合は、通常、手帳交付は非該当となります。

⑦「⑥の具体的程度、状態等」

- 精神障害者保健福祉手帳は、精神疾患の結果として生じた日常生活または社会生活における制限の状態によって判定されます。申請者の日常生活や社会生活の制限の状態を、より総合的により客観的に判断するため、可能な限り具体的かつ詳細に記載してください。

例えば、食事、入浴などの基本的生活が一人で送ることができるのかどうか、学齢期であれば学校に通えているのか、成人であれば就労はできているのか、できているとすればそれは通常の就労なのか、福祉的就労なのか、その就労は継続的なものなのかどうか等を記載してください。家事に携わる者であれば家事能力、育児を行う立場であれば育児能力も重要な指標となります。

- 小学生以下の児童の場合、等級をより客観的に判定するため、①食事摂取、排せつ、整容・保清それぞれについて、どの程度介助または援助を要するのか、あるいは介助または援助があってもできないのか、②家族をはじめとする他者との日常的な意思伝達がどの程度可能なのか、③幼稚園・保育園などでの集団生活や学校に適應するためにどの程度の配慮を必要とするのか、あるいは配慮があっても適應できないのか、わかるように記載してください。また、中学生の場合は、学校等への適應状況がわかるよう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」

- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する自立訓練（生活訓練）・共同生活援助（グループホーム）・居宅介護（ホームヘルプ）・その他の障害福祉サービス等、小規模作業所、訪問指導等を利用している場合は、その利用状況を記載してください。該当なければ「なし」と記入してください。

<手帳と自立支援医療を同時に申請する場合>

⑨「現在及び今後の治療方針」

- 治療目的とそのための手段、継続的な通院治療の必要性を具体的に記入してください。
- 「1薬物療法」には、具体的な投薬内容（薬剤名）の記載をしてください。
- 主たる精神障害がどのICDコードであっても、必ず記載してください。

⑩「医師の略歴」

- 主たる精神障害がF40～F99であって、高額治療継続（「重度かつ継続」）に該当すると判断される場合のみ記入してください。高額治療継続（「重度かつ継続」）の要件については、自立支援医療（精神通院）用診断書の留意事項を参照してください。
- 精神保健指定医の場合は指定医番号を記入してください。また、指定医でない場合は、精神医療に従事した期間や主な所属を記入してください。
(例) 平成20年4月～現在 △△病院精神科常勤医

※診断年月日、医療機関の情報、診療科、医師氏名について、もれなく記入してください。

※各項目の詳細な考え方等については、下記の資料を参照してください（いずれも平成7年9月12日付け厚生省保健医療局長通知）。

- ・「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」
 - ・「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」
 - ・「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」
- 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」