

《自立支援医療（精神通院）用意見書の記入方法等について》

(1) 「重度かつ継続」欄

重度かつ継続(いずれかに○) ・該当 ・非該当

いずれかを○で囲んでください。

(2) 「氏名、生年月日、年齢、性別、住所」欄

氏名		大正・昭和・平成	年	月	日生(歳)	男・女
住所						

申請者本人の特定に関わる重要な事項なので、記入漏れ、誤りのないようにしてください。
なお、年齢は診断書作成日現在の満年齢を記入してください。

(3) 「① 病名」欄

① 病名 (ICDコードは F00 ～F99・G40 のい ずれかを記入)	(1) 主たる精神障害 _____	ICDコード()
	(2) 従たる精神障害 _____	ICDコード()
	(3) 身体合併症 _____	

「(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（ICD-10）に位置づけられる病名を記入し、ICDコード（F00～F99、G40のいずれかを数字2桁もしくは3桁）を併記してください。病名は「〇〇疑い」や「〇〇状態」等の状態名や症状名等の記入は避けて確定診断をお願いします。

(4) 「② 発病から現在までの病歴」欄

② 発病から現在までの病歴(推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記入)	(推定発病時期 年 月頃 ・ 不詳)
--------------------------------------	---------------------

推定発病年月、精神科受診歴を含む、発病から現在までの病歴、初診年月日を順に記入してください。推定発病時期については、月の特定ができなければ年の記入だけでも支障ありません。年においても特定できない場合は不詳に○を記入してください。

(5) 「③ 現在の病状、状態像等」欄

<p>③ 現在の病状、状態像等(治療を中止したときに予想しうる状態も含み、該当する項目を○で囲む。)</p> <p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他()</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他()</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他()</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他()</p> <p>(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 2 意識障害 3 その他()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害 エ その他()</p> <p>(10) 知能・記憶・学習等の障害 1 知的障害:ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 2 認知症:ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難 :ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他()</p>	<p>④ ③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等</p>
---	-----------------------------------

現在の病状、状態像に該当する項目及び、治療を中止したときに予想しうる状態について○で囲んでください。また、②「発病から現在までの病歴」欄④「③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」欄と整合性のある内容としてください。「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記入してください。

「④ ③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」欄は③において示した項目を中心に、具体的に記入してください。具体的程度、症状、検査所見等は「自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針」において概ね以下の3条件に該当するものに自立支援医療を適用することとされています。条件に該当するか否かが明らかになるように記入してください。

- 入院を要さない場合であること(現在通院中)
- 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
- 持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であること

(6) 「⑤ 現在の治療内容」欄

- | | |
|-----------|--|
| ⑤ 現在の治療内容 | (2) 受診頻度：月平均_____回 |
| (1) 投薬内容： | (3) 精神療法等：通院精神療法・作業療法・集団療法
・デイケア・その他() |
| | (4) 訪問看護指示の有無：(有 ・ 無) |

「⑤ 現在の治療内容」欄は(1)投薬内容：自立支援医療を適用しようとする精神疾患(①「病名」の主たる・従たる精神障害に記入された疾患)についてのみ投薬内容をすべて記載してください。投薬されていない場合はその理由を記入してください。(2)精神療法等：現在行っている治療内容を○で囲んでください。いずれも実施していない場合には「なし」と記入してください。(3)訪問看護の指示：どちらかを○で囲んでください。訪問看護に自立支援医療(精神通院)を適用するには、訪問看護指示が必要です。

(7) 「⑥ 今後の治療方針」欄

- | |
|-----------|
| ⑥ 今後の治療方針 |
|-----------|

「⑥今後の治療方針」欄は自立支援医療(精神通院)による治療継続の適否の判定に必要となるので、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、その内容を具体的に記入してください。なお、「上記継続」「⑤欄参照」「前回と同じ」等の記入は不可です。

(8) 「⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況」欄

- | |
|---|
| ⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況(該当するものを○で囲む。) |
| ア 障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)・イ 共同生活援助(グループホーム)・ウ 共同生活介護(ケアホーム)・エ 居宅介護(ホームヘルプ)・オ その他の障害福祉サービス等・カ 訪問指導等・キ その他() |

利用状況について○で囲んでください。

(9) 「⑧ 医師の略歴」欄

- | |
|--|
| ⑧ 医師の略歴(主たる精神障害がICDコードF00～F39・G40以外の場合は、該当する□にレ印を記入するとともに、精神保健指定医である等、3年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記載すること。) |
| <input type="checkbox"/> 精神保健指定医(指定医番号：) |
| <input type="checkbox"/> 精神科医・その他の医師(精神医療に従事した期間・主な所属) |

①病名(主たる精神障害)がICDコードF00～F39及びG40の場合は省略を認めます。ICDコードF00～F39及びG40以外に該当すると判断された場合のみ、記入してください。判断した医師が精神保健指定の場合、指定医番号を記入し、精神保健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、3年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記入してください。

「日付、医療機関所在地、名称、電話番号、診療担当科名、医師氏名」欄はいずれも記入漏れのないようにお願いします。日付は本意見書作成日を記入してください。意見書の内容について照会することもありますので、医療機関所在地、名称、電話番号、診療科担当科名は正確に記入してください。医師氏名については、診断医の氏名を記入する。

◆その他

自立支援医療（精神通院）は、入院されている方は適用になりませんのでご注意ください。ただし、入院中であっても退院の予定が具体的に決まっている場合は、意見書にその事を記入して提出をお願いします。