

自立支援医療（精神通院）及び精神障害者保健福祉手帳の
申請に係る診断書の記載方法等について

浜松市精神保健福祉センター

令和2年度

R3. 3改訂

1 共通事項

- (1) 診断書は読みやすい日本語で記載し、外国語や略語は使用しないでください。
- (2) 診断書をパソコンで作成した場合、用紙は、A3サイズ1枚であることを標準とし、1部提出してください。
A4サイズ2枚等、複数枚に及ぶ場合は割印をしてください。
- (3) 複写の診断書用紙を使用する場合、筆圧に注意し、下の用紙まで複写されていることを確認の上、提出してください。
- (4) 診断書の有効期限は3ヵ月です。申請日より3ヵ月以上前に書かれた診断書は無効となる場合があるので注意してください。
- (5) 診断書の訂正がある場合は、二重線を引いて、訂正印を押印してください。
- (6) 原則、精神障害者保健福祉手帳(以下、手帳)の申請は、手帳用診断書を添付し、自立支援医療費(精神通院)(以下、医療)の申請には、医療用診断書を添付してください。
ただし、手帳、医療を同時に申請する場合は、手帳用診断書(⑥・⑦の記載必要)の添付で受け付けます。(医療のみの申請の場合、手帳用診断書の⑥・⑦の記入があれば、手帳用診断書でも受け付けられます。)
なお、旧様式及び他都市様式の診断書について、使用することは可能ですが、記載事項については、現在の浜松市の様式に沿った内容の記載をお願いします。現在の浜松市の様式に沿った内容の記載がない場合、不備として扱いますので、ご協力をお願いいたします。
- 【 R2.8月改訂の新様式で変更となった内容 】
- 性別の記載不要
- (7) 各種診断書は、浜松市ホームページに掲載していますので、必要に応じてダウンロードをお願いいたします。

浜松市公式ホームページ

<http://www.city.hamamatsu.shizuoka.jp>

サイト内検索で

自立支援医療用診断書

もしくは

精神障害者保健福祉手帳用診断書

と検索

2 自立支援医療（精神通院）申請用診断書

(1)「氏名、生年月日、年齢、住所」欄

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）
住所	

申請者本人の特定に関わる重要な事項なので、記載漏れ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載してください。

(2)「①病名」欄

①病名 (ICDコードは、F00 からF99、G40のいずれ かを記載)	(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)主たる精神病名」、「(2)従たる精神障害」の欄には、国際疾病分類第10版(以下ICD-10)に位置づけられる数字2桁以上に適合する病名(但し、〈含む〉に記載されている病名を除く)を記載し、「ICDコード」としてICD-10コードを併記してください。

「(1)主たる精神障害」は一つ記載し、それ以外の精神病名は「(2)従たる精神障害」の欄に記載してください。障害名を複数記載する場合は、それぞれの「ICDコード」を記載してください。

「ICDコード」の記載には、アルファベット「F」に加え、特定できない場合を除き数字2桁(「G」の場合は40)以上まで記入してください。

なお、F1カテゴリーに対応する障害名については、「使用による精神及び行動の障害」を省略して記載することを認めます。

※ 自立支援医療（精神通院）が適用される病名の範囲は、ICD-10のF00～F99及びG40です。ただし、適応障害については、ICD-10では「症状の持続は遷延性抑うつ反応(F43.21)の場合を除いて通常6ヶ月を超えない」とあるので、更新申請で病名が「適応障害」の場合は病名の変更の検討をお願いしています。

※ 病名とICD-10コードの対応については、別途資料を参考にしてください。

よく見られる返却対象

- ・ 病名がICD-10にない病名。(例:神経症、非定型精神病、～後遺症)
- ・ 病名がICD-10の数字1桁のカテゴリー名。(例:器質性精神障害、気分障害)
- ・ 病名が〇〇状態等、状態像での記載。(例:抑うつ状態)
- ・ ICDコードの記載漏れ。
- ・ F1カテゴリーの数字2桁目(物質の特定)を「x」での記載。
(例:「アルコール依存症候群 F1x.2」正しくは「F10.2」)
- ・ 病名とICDコードの不一致。
(例:病名「うつ病」でICDコードがF33やF34となっている。
正しくは ICDコードF33の場合 病名「反復性うつ病性障害」
ICDコードF34の場合 病名「持続性気分障害」)

(3) 「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（発病状況、治療の経過等を記載）	（推定発病時期 年 月頃）
------------------------------	---------------

推定発病時期を記載した上で、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載してください。

「推定発病時期」については、月の特定が出来なければ年までの記載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「不明」と記載してください。

医療機関の受診歴だけではなく、推定発病時にどのような症状があり、現在までにどのような経緯があったのか病歴を記載してください。

入院中の場合は退院予定日を記載してください。

よく見られる返却対象

- ・ 推定発病時期の記載漏れ。
- ・ 極端に簡略化した記載。（受診歴のみのものや「前回と同様」の記載は不可。）

(4) 「③現在の病状・状態像等」欄

<p>③現在の病状、状態像等（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 ※てんかんの状況については右記の特記欄に記入する</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用、依存等 ※該当するカタカナを○で囲む 1 乱用物質 [ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他 ()] 2 依存状況 [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（精神遅滞） [ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度] 2 認知症 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>(12) その他 ()</p>	<p>【てんかんの特記欄】 以下(1)(2)について、該当するもの各1つを○で囲み、(3)(4)について記入する。</p> <p>(1) てんかんの発作型 A 意識障害はないが随意運動が失われる発作 B 意識を失い、行為が途絶すが、倒れない発作 C 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 D 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作</p> <p>(2) てんかんの頻度 ア CまたはDの発作が月1回以上 イ AまたはBの発作が月1回以上 ウ CまたはDの発作が年2回以上 エ AまたはBの発作が月1回未満 オ CまたはDの発作が年2回未満</p> <p>(3) 最終発作年月日 _____年 月 日</p> <p>(4) その他特記事項 ()</p>
---	--

「現在」の範囲は、診断書作成時の前後2年間とし、その間に予想される病状・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、その内容を記載してください。

てんかんの場合は、(8)を○で囲み、右の「てんかんの特記欄」に記載をしてください。

- ※ この項目に該当するものがない場合、自立支援医療の制度対象外となります。
(予想される症状がないとなると、継続的な通院加療の必要がないと読み取られます。)
- ※ 「(10) 知能・記憶・学習等の障害」中、1 知的障害(精神遅滞)または2 認知症の項目のみの場合も、その他の精神症状の項目に該当するものがないと、自立支援医療の制度対象外となります。

よく見られる返却対象

- どこにも○や記載がない。(対象外)
- 「(10) 1 知的障害または2 認知症」の項目にしか○がない。(対象外)
- 大項目に○があり、小項目に○がない。
((3) 幻覚妄想状態に○が付いているが、1 幻覚、2 妄想、3 その他には○がない等。)
- 病名やその他の欄の記載と整合性がない。
- てんかんの特記欄の記載の不備
発作型と頻度の選択の不整合 例:発作型でAを選択しているが、頻度でAを選択している
最終発作年月日に記載がない。

(5) 「④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見」欄

④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見

「自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針」においては、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。

- 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くりかえすこと
- 継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合であること

したがって、具体的程度、症状の記載にあたっては、上記に該当するか否かが明らかになるように記載してください。

精神作用物質使用の乱用及び依存の場合には、本人が自ら乱用・依存からの脱却を希望しているか否かも判定の基準となるので、その点についても記載してください。

検査所見については、検査名、検査結果、検査時期を記載してください。

(6) 「⑤現在の治療内容」欄

⑤現在の治療内容			
1 投薬内容	[]		
(同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合は、その理由)			
	[]		
2 精神療法等			
・通院精神療法	・通院集団精神療法	・精神科作業療法	・精神科デイケア
・その他	[]		・なし
3 訪問看護指示の有無	(有 ・ 無)		

「1 投薬内容」の欄には、自立支援医療を適用しようとする医療の投薬内容について記載してください。その際、薬剤名（製品名または一般名）を略さずに明記してください。

同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合は、その理由を所定欄もしくは備考欄へ記載してください。

※向精神薬にてんかん治療薬は含まれません。

※副作用に対応した薬剤については、その旨を記載してください。

「2 精神療法等」の欄には、薬物療法以外の精神療法やデイケア等、現在行っている治療内容を○で囲んでください。その他、特記すべき事項があれば〔 〕内に記載し、なければ「なし」を○で囲んでください。

「3 訪問看護指示の有無」の欄には、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）を適用するには、訪問看護指示が必要です。

よく見られる返却対象

- ・ 「前回と同様」との記載。
- ・ 「(3) 訪問看護指示の有無」が選択されていない。
- ・ 同一種類の向精神薬が3種類以上処方されているが、その理由の記載がない。
(てんかん治療薬は3種類以上処方されていても、理由記載不要)

(7) 「⑥今後の治療方針」欄

⑥今後の治療方針

この欄は、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」内容を具体的に記載してください。

よく見られる返却対象

- ・ 「前回と同様」「上記の継続」「通院の継続」「⑤の継続」との記載で、具体的な治療方針が読み取れないもの。
- ・ 記載漏れで空白となっている。

(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

(1) 利用なし

(2) 利用あり ※ありの場合は下記の該当する項目を○で囲む

- ・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（ ） ・訪問指導等 ・その他（ ）

(1) または (2) のいずれかを○で囲んでください。

(2) を選択した場合は、利用している障害福祉サービス等について○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みません。

よく見られる返却対象

- ・ 利用ありに○が付けられているが、その内容について選択されていない。
- ・ 記載漏れで空白となっている。

(9) 「⑧備考」欄

⑧備考

上記以外に判定の参考になる事項があれば記載してください。

(10) 「日付、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」欄

上記のとおり、診断します。

令和 年 月 日

医療機関所在地 _____

名称 _____ 診療科担当科名 _____

電話番号 _____ 医師氏名 _____ 印

(自署又は記名捺印)

日付は、診断書作成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るので、医療機関の所在地、名称、電話番号は正確に記載してください。

医師氏名については、診断医の氏名を記載するものとし、自署の場合捺印は不要です。ゴム印・ワープロ等を用いた場合は捺印が必要となります。

よく見られる返却対象

- ・ 初診日に診断書が作成されている。(精神症状が精神病あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、消長をくりかえし、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とするという判断ができていないことが認められないため。)
- ・ 医師氏名がワープロ・ゴム印で記名されている場合で捺印がない。
- ・ 記載漏れで空欄がある。

(11) 「医師の略歴」欄

※以下は、主たる精神障害の ICD カテゴリーが F4～F9 で「重度かつ継続」に該当する場合、(1)、(2) のいずれかを記載してください。

医師の略歴

(1) 精神保健指定医（指定医番号： _____ ）

(2) 3年以上精神医療に従事した経験を有する医師 [] 内に経歴を記載してください。

[_____]

① 病名が ICD カテゴリー F00～39 及び G40 の場合は記載の必要はありません。

病名が ICD カテゴリー F40～F99 で、かつ、「重度かつ継続」の申請をする場合は、診断した医師が精神保健指定医の場合、指定医番号を記入し、精神保健指定医でない場合は、精神科臨床経験3年以上の医師である等の経歴を [] 内に記載してください。

(12) その他

医療機関の指定について、医療の重複がなく、やむを得ない事情がある場合のみ、複数指定することができます。

例えば、検査のみ、デイケアのみ、訪問看護のみと医療の範囲を限定して指定します。また、例えばてんかんの治療を他医療機関で受けていて、現医療機関で治療ができない場合など、複数指定の理由がある場合には、その旨と医療が重複していないことの証明を備考欄に記載してください。

3 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

(1)「氏名、生年月日、年齢、住所」欄

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所	

申請者本人の特定に関わる重要な事項なので、記載漏れ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載してください。

(2)「①病名」欄

①病名 (ICDコードは、F00 からF99、G40のいずれ かを記載)	(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 _____ 身体障害者手帳(有・無、種別 級)

「(1)主たる精神障害」、「(2)従たる精神障害」の欄には、ICD-10に位置づけられる数字2桁以上に適合する病名(但し、〈含む〉に記載されている病名を除く)を記載し、「ICDコード」としてICD-10コードを併記してください。「(1)主たる精神障害」は一つ記載し、それ以外の精神病名は「(2)従たる精神障害」の欄に記載してください。

「ICDコード」の記載には、アルファベット「F」に加え、特定できない場合を除き数字2桁(「G」の場合は40)以上まで記入してください。

なお、F1カテゴリーに対応する病名については、「使用による精神及び行動の障害」を省略して記載することを認めます。

次の場合については、原則精神障害者保健福祉手帳交付の対象になりません。

- ① 病名が「F7精神遅滞」のカテゴリーのみで、精神症状がない場合。療育手帳制度があるため精神障害者保健福祉手帳制度の対象にはなりません。
- ② 精神作用物質の乱用・依存症候群。
R3.3～アルコールに限り、使用中もしくは不使用期間が短期でも、申請は可。
- ③ 適応障害(F43.2)。ICD-10では「症状の持続は遷延性抑うつ反応(F43.21)の場合を除いて通常6ヶ月を超えない」とあるため。

よく見られる返却対象

- ・ 病名がICD-10にない病名。(例:神経症、非定型精神病、～後遺症)
- ・ 病名がICD-10の数字1桁のカテゴリー名。(例:器質性精神障害、気分障害)
- ・ 病名が〇〇状態等、状態像での記載。(例:抑うつ状態)
- ・ ICDカテゴリーの記載漏れ。
- ・ F1カテゴリーの数字2桁目(物質の特定)を「x」での記載。
(例:「アルコール残遺性及び遅発性精神病性障害 F1x.7」正しくは「F10.7」)
- ・ 病名とICDカテゴリーの不一致。
(例:病名「うつ病」でICDコードがF33やF34となっている。
正しくは ICDコードF33の場合 病名「反復性うつ病性障害」
ICDコードF34の場合 病名「持続性気分障害」)

(3)「②初診年月日」欄

②初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成	年	月	日
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成	年	月	日

初診年月日について記載してください。「主たる精神障害の初診年月日」は、主たる精神障害を主訴として初めて医療機関を受診した日を記載してください。

精神障害者保健福祉手帳の交付の適否の判定を行う診断書は、「初診日から6ヶ月を経過した日以後における診断書に限る」とされています。診断書作成時点において初診日から6ヶ月を経過していない場合は非該当となるので注意してください。

よく見られる返却対象

- ・ 主たる精神障害の初診年月日の記載漏れ。
- ・ 診断書作成医療機関の初診年月日の記載漏れ。

(4)「③発病から現在までの病歴」欄

③発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する）	（推定発病時期	年	月頃）
	* 器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日（疾患名、年 月 日）		

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を順に記載してください。

推定発病時期について、月の特定が出来なければ年までの記載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「不明」と記載してください。

医療機関の受診歴だけではなく、推定発病時にどのような症状があり、現在までにどのような経緯があったのか病歴を記載してください。

認知症を除く器質性精神障害の場合は、その発症の原因となった疾患名と発症日を必ず記載してください。

よく見られる返却対象

- ・ 推定発病時期の記載漏れ。
- ・ 極端に簡略化した記載。（「入院歴・受診歴のみのもの」や「前回と同様」の記載は不可。）
- ・ 器質性精神障害の場合の特記欄の記載漏れ。

(5)「④現在の病状・状態像等」欄

現在の病状・状態像等の他、概ね過去2年間に認められたもの、及び概ね今後2年間に予想されるものも含めて該当する項目を○で囲んでください。「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記載してください。

なお、該当するのが「(9)精神作用物質の乱用及び依存等」のみの場合、手帳の対象となるのは、3 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害に該当する場合のみです。同時に長期に渡り、精神作用物質を使用していないことも条件となりますので、「1 現在の精神作用物質の使用」の欄も必ず記載してください。（ここで、使用有の場合は、精神障害者保健福祉手帳制度の対象にはなりません。）

<p>④現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む。） ※現在の病状、状態像については、診断書記入時点のみでなく、概ね過去2年間に認められたもの、概ね今後2年間に予想されるものについて記入する。</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) 不安及び不穩 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 ※てんかんの状況については右記の特記欄に記入する</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用、依存等 ※2, 3は該当するカタカナを○で囲む 1 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合、その期間 年 月から） 2 乱用物質 ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他 () 3 状態像 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・注意の障害 1 知的障害（精神遅滞） [ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度] [療育手帳 有・無、等級等 ()] 2 認知症 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>(12) その他 ()</p>	<p>⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状等</p> <p>検査所見 ※検査所見については、検査名、検査結果、検査時期を記入する。</p> <p>【てんかんの特記欄】 以下(1)(2)について、該当するもの各1つを○で囲み、(3)(4)について記入する。</p> <p>(1) てんかんの発作型 A 意識障害はないが随意運動が失われる発作 B 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 C 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 D 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作</p> <p>(2) てんかんの頻度 ア CまたはDの発作が月1回以上 イ AまたはBの発作が月1回以上 ウ CまたはDの発作が年2回以上 エ AまたはBの発作が月1回未満 オ CまたはDの発作が年2回未満</p> <p>(3) 最終発作年月日 _____年 _____月 _____日</p> <p>(4) その他特記事項 ()</p>
---	--

よく見られる返却対象

- どこにも○や記載がない。(対象外)
- 「(10)1 知的障害」の項目にしか○がない。(療育手帳の対象)
- 大項目に○があり、小項目に○がない。
((3)幻覚妄想状態に○が付いているが、1 幻覚、2 妄想、3 その他には○がない等。)
- 病名やその他の欄の記載と整合性がない。
- てんかんの特記欄の記載の不備
発作型と頻度の選択の不整合 例:発作型で A を選択しているが、頻度でアを選択している
最終発作年月日に記載がない。

(6) 「⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状等」欄

④の欄で選択された状態像について、具体的に記載してください。なお、申請者の能力障害の状態についての判断は、長期間の薬物治療下における状態と、概ね過去2年間に認められたもの、及び概ね今後2年間に予想される状態を考慮の上で行うことを原則としているので、その状態について具体的に記載してください。

てんかんの発作症状及び精神神経症状の程度の認定も、長期間の薬物治療下における状態と、概ね過去2年間に認められたもの、及び概ね今後2年間に予想される発作の状態を考慮の上で認定することを原則としているので、その状態について具体的に記載してください。

なお、てんかんの場合、治療によって発作がコントロールされ、精神神経症状・能力障害も政令で定める精神障害の状態にない者は手帳の対象にはなりません。

一方てんかん発作が抑制されている場合でも、発作間欠期に精神症状があり、それが生活能力の状態に影響しているときには、該当する等級に判定されることになります。(その場合Fコードによる診断名が求められます。)

よく見られる返却対象

- ・ 記載漏れで空白となっている。

(7) 「⑥現在の治療内容」欄 自立支援医療を同時申請する場合のみ記載が必要です。

⑥現在の治療内容

※自立支援医療と手帳を同時申請する場合のみ記載する(手帳のみの申請時には記載は必要ありません)

1 投薬内容

(同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合は、その理由)

2 精神療法等

- ・ 通院精神療法
- ・ 通院集団精神療法
- ・ 精神科作業療法
- ・ 精神科デイケア
- ・ その他
- ・ なし

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

「1投薬内容」の欄には、自立支援医療を適用しようとする医療の投薬内容について記載してください。その際、薬剤名(製品名または一般名)を略さずに明記してください。

同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合は、その理由を所定欄もしくは備考欄へ記載してください。

※向精神薬にてんかん治療薬は含まれません。

※副作用に対応した薬剤については、その旨を記載してください。

「2精神療法等」の欄には、薬物療法以外の精神療法やデイケア等、現在行っている治療内容を○で囲んでください。その他、特記すべき事項があれば〔 〕内に記載し、なければ「なし」を○で囲んでください。

「3訪問看護指示の有無」の欄には、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)を適用するには、訪問看護指示が必要です。

よく見られる返却対象

- ・ 「前回と同様」との記載。
- ・ 「3 訪問看護指示の有無」が選択されていない。
- ・ 同一種類の向精神薬が3種類以上処方されているが、その理由の記載がない。

(8)「⑦今後の治療方針」欄 自立支援医療を同時申請する場合のみ記載が必要です。

⑦今後の治療方針

※自立支援医療と手帳を同時申請する場合のみ記載する（手帳のみの申請時には記載は必要ありません）

この欄は、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」内容を具体的に記載してください。

よく見られる返却対象

- ・ 「前回と同様」「上記の継続」「通院の継続」「⑥の継続」との記載で、具体的な治療方針が読み取れないもの。
- ・ 記載漏れで空白となっている。

(9)「⑧生活能力の状態」欄

⑧生活能力の状態 ※保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する

- 現在の生活環境（該当するもの一つを○で囲む）
入院 ・ 入所（施設名 ） ・ 在宅（ア 単身・イ 家族等と同居） ・ その他（ ）
- 日常生活能力の判定（該当するもの1つを○で囲んでください。）
 - 適切な食事摂取
【 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない 】
 - 身の清潔保持、規則正しい生活
【 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない 】
 - 金銭管理と買物
【 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない 】
 - 通院と服薬（要・不要）
【 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない 】
 - 他人との意思伝達・対人関係
【 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない 】
 - 身の安全保持・危機対応
【 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない 】
 - 社会的手続や公共施設の利用
【 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない 】
 - 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
【 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない 】
- 日常生活能力の程度 ※該当するもの一つを○で囲む
 - 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
 - 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
 - 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
 - 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
 - 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。

「1 現在の生活環境」欄は、該当する項目を○で囲んでください。「入院」については、**精神科病床に入院している場合**です。「入所」については、障害者支援施設に入所している場合とし、施設名欄に施設種別を記載してください。「在宅」については、自宅やアパートの他、共同生活援助（グループホーム）、福祉ホームの居住支援を利用している場合も含まれます。「その他」は、精神科病床以外に入院している場合等とし、その内容を記載します。

「2 日常生活能力の判定」欄は、該当する項目を○で囲んでください。ここはあくまでも精神疾患に基づく日常生活能力の障害についてのみ考慮し、身体障害によって生じている生活上の支障については加味せず、該当する項目を選択してください。

乳幼児等、生活能力の状態について適切に記載することが困難な場合、他の一般的な同年齢の生活能力の状態と比較してどのような点に障害があると考えられるか「備考欄」に記載してください。

よく見られる返却対象

- の記載漏れ。
 - 「1 現在の生活環境」（特に 在宅のア、イの選択）
 - 「2（4）通院と服薬」の（要・不要）
- 2 日常生活能力の判定と、3 日常生活能力の程度の内容に整合性がない。
例：2 日常生活能力の判定ではすべて「できる」の項目が選択されているが、3 日常生活能力の程度は「援助を必要とする」項目が選択されている。

（10）「⑨ ⑧の具体的程度、状態等」欄

⑨ ⑧の具体的程度、状態等

⑧で判定した生活能力の状態について、その内容を具体的に記載してください。

具体的には、買い物、食事、入浴、洗濯、掃除、金銭管理などの基本的な生活が一人で送ることができるかどうか、学齢期であれば学校への登校状況、成人であれば就労状況、育児を行う立場であれば育児の状況などの情報を記載してください。

例①：現在はアパートで独居生活。部屋の中は掃除が行き届かず、散らかっている。入浴、洗濯等は割合こなせている。食事摂取はおおむね自立しているが、若干過食傾向。現在就労はしておらず、生活保護受給中。買い物等では浪費があり、指導を要する。

例②：日常生活は、かろうじて独居生活が可能状況。身辺清潔は指導により何とか保たれている。食事は自炊せず、主として近くのコンビニで弁当やパンを買っている。就労支援事業所への参加は、一時期利用したときの間関係のもつれからか、参加しようとはしない。

よく見られる返却対象

- 日常生活能力の具体的程度や現在の状態が読み取れないもの。
- 記載漏れで空白となっている。

(11)「⑩現在の障害福祉サービス等の利用状況」欄

⑩現在の障害福祉サービス等の利用状況 (1) 利用なし (2) 利用あり ※ありの場合は下記の該当する項目を○で囲む ・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（平成17年法律第123号）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） ・訪問指導等 ・その他の障害福祉サービス（ ） ・生活保護 ・その他（
--

(1) または (2) のいずれかを○で囲んでください。(2) を選択した場合には、利用している障害福祉サービス等について○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みません。

よく見られる返却対象

- ・ 利用ありに○が付けられているが、その内容について選択されていない。
- ・ ○の記載漏れ。

(12)「⑪備考」欄

⑪備考

上記以外に判定の参考になる事項があれば記載してください。

(13)「日付、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」欄

上記のとおり、診断します。	令和 年 月 日
医療機関所在地	_____
名称	診療科担当科 _____
電話番号	医師氏名 _____ 印 (自署又は記名捺印)

日付は、診断書作成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るので、医療機関の所在地、名称、電話番号は正確に記載してください。

医師氏名については、診断医の氏名を記載するものとし、自署の場合捺印は不要です。ゴム印・PC等を用いた場合は捺印が必要となります。

(14)「医師の略歴」欄 自立支援医療を同時申請する場合のみ記載が必要です。

※以下は、自立支援医療と手帳を同時申請する場合で、主たる精神障害の ICD カテゴリーが F 4～F 9 で「重度かつ継続」に該当する場合、(1)、(2) のいずれかを記載してください。

医師の略歴

- (1) 精神保健指定医 (指定医番号: _____)
(2) 3年以上精神医療に従事した経験を有する医師 [] 内に経歴を記載してください。

[_____]

①の病名が ICD カテゴリー F00～39 及び G40 の場合は記載の必要はありません。

病名が ICD カテゴリー F40～99 で、かつ、「重度かつ継続」の申請をする場合は、診断した医師が精神保健指定医の場合、指定医番号を記入し、精神保健指定医でない場合は、精神科臨床経験3年以上の医師である等の経歴を [] 内に記載してください

浜松市精神保健福祉センター

〒430-0929 浜松市中区中央一丁目 12-1 県浜松総合庁舎 4 階

TEL : 053-457-2709 FAX : 053-457-2645

E-mail : sei-hokenc@city.hamamatsu.shizuoka.jp