

病院あるいはクリニックなどの医療機関が「自立支援医療制度」の指定を受けるためには、医療機関から役所への届けが必要です。これは、一度指定されると、そこへ通院している申請者すべてに適用されます。

てんかんをもつ患者さんは、「自立支援医療制度」の対象となりますので、対象となる患者さんにぜひお知らせください。

## てんかん患者さんのための 自立支援医療制度

患者さんにご説明ください

### 「自立支援医療制度」とは…

- 対象となる患者さんは、てんかんで通院治療を続けている患者さん、および発作が止まっても、再発予防のための維持治療で通院している患者さんです。
- 制度の対象となる医療費は、てんかんについての外来診療、外来での検査・投薬、往診、デイケア、お薬代、訪問看護（介護保険部分は対象外）などです。
- 患者さんの自己負担が1割になります。
- 申請先は、患者さんが住んでいる市町村の窓口です。
- 有効期限は1年。
- 医師が書くのは自立支援医療制度指定の診断書（精神医療）のみ
- 自立支援医療制度指定の診断書は、精神科の医師でなくても、主治医であれば書くことができます。



# 自立支援医療制度診断書(精神通院)の書き方

※自治体によって書式が異なりますが、内容は同一です

## てんかんのICDコード

- G40 てんかん
- G40.0 局在的に発症する発作を伴う(単状)(部分)特発性てんかん・てんかん(性)症候群
- G40.1 単純部分発作を伴う(単状)(部分)症候性てんかん及びてんかん(性)症候群
- G40.2 複雑部分発作を伴う(単状)(部分)症候性てんかん及びてんかん(性)症候群
- G40.3 全般性特発性てんかん及びてんかん(性)症候群
- G40.4 その他の全般性てんかん及びてんかん(性)症候群
- G40.5 特殊なてんかん症候群
- G40.6 大発作、詳細不明(小発作を伴うもの又はともなわないもの)
- G40.7 小発作、詳細不明、大発作をとともなわないもの
- G40.8 その他のてんかん
- G40.9 てんかん、詳細不明

※自立支援指定医療機関(精神通院)の登録がお済みになっていることをご確認ください。

第12号様式(第8条関係) 自立支援医療診断書(精神通院)

氏名	フリガナ ○○ ○○ 姓 平 ○○年○月○日生(○○歳) ④・女
住所	〒 ○○県 ○○市 ○○町 1-2-3
1 病名 (ICDコードは、F00~F99、G40のいずれかを記載してください。)	(1) 主たる精神障害 <u>てんかん</u> ICDコード <u>G40</u> (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード _____ (3) 身体合併症 _____ ※ICDコードは2ケタ以上(例 F***)で記載してください。 (身体合併症欄は、精神疾患に起因する疾患のみご記載下さい。それ以外は別途欄へご記載下さい。)
2 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過等を記載してください。)	(推定発病時期 ○○年 ○○月頃、初診日 ○○年 ○○月) ※病歴、初診日を含めた受診歴を具体的に記載してください。 ※入院中は申請できませんので、退院日及び退院事実をご確認ください。 <b>○○年にてんかんを発症し、○○年○月より当院にててんかん発作のコントロールを行っている</b>
3 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲んでください。)	(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( ) (2) 躁状態 1 行為過剰 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他( ) (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他( ) (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( ) (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( ) (6) 衝動及び行動の障害 1 爆発性 2 易怒性 3 気分変動 4 暴力・衝動行為 5 常同行為 6 多動 7 食行動の異常 8 性行動の異常 9 チラツク・汚言 10 その他( ) (7) 不安及び不穏状態 1 強度の不安・恐怖感 2 精神運動不穏 3 心身衰弱 4 強迫体験 5 心気症状 6 心的外傷に関連する症状 7 解離・転換症状 8 その他( ) (8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害)(発作型は以下を参照して該当するものを○で囲んでください。) 1 てんかん発作 発作型 ○・ロ・ハ・ニ 頻度(2~3回/○年) 最終発作(○○年○月○日) てんかん発作の型 イ:意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ:意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ:意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ:意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 2 意識障害 3 その他( ) (9) 精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他( ) ア 乱用 イ 依存 ウ 依存性 慢性精神病理性障害 エ その他( ) (10) 知能、記憶、学習等の障害 1 知的障害(精神遅滞) 軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症 3 その他( ) 4 学習の困難 ア読み書き ウ算数 エその他( ) 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他( ) (11) 広汎性発達障害等状態 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・反復的な関心と活動 4 その他( ) (12) その他( )

大項目と下位項目の該当するものを丸で囲みます。現時点の状態のみでなく、過去2年間の状態と、今後2年間に予想される状態も考慮します。

発作(発作型と頻度)、知的障害、その他の精神症状について記載します。検査の結果があれば記載します。

具体的に、薬物調整やてんかん指導の継続などを示します。空欄はNG。

提出先ごとに作成し、○印をつけてください。 ①東京都送付用 ②区市町村控用 ③医療機関控用

4 3の病状、状態像等の具体的な程度、病状、検査所見等(※現在の病状を日常生活への影響や診察時の様子を含めて具体的に記載してください。)	提出先ごとに作成し、○印をつけてください。 ①東京都送付用 ②区市町村控用 ③医療機関控用
5 現在の治療内容 (1) 投薬内容(※診断名に対する薬剤名(商品名可)をご記載ください。) <b>テグレトール 400mg、イーケプラ 1000mg を服用中</b> (2) 精神療法等(※「通院精神療法」を行っている「支持的精神療法」等の簡単な記載でなく、医学的観点から継続的な通院治療の必要性がわかるように診察時にどのような治療や指導がなされているのかをご記載ください。) <b>なし</b> (3) 訪問看護指示の有無(有・無)	「投薬内容」は、商品名でも一般名でもかまいませんが、具体的に記載します。
6 今後の治療方針(※治療目標(症状、日常生活能力、社会適応等の面から記載)をふまえて、継続的に行っていく治療方法(薬物調整、外来通院頻度調整等を含む)をご記載ください。)	<b>薬剤増量にて発作消失を目指す</b>
7 現在の障害福祉サービスの利用状況(該当する項目を○で囲んでください。) ( (1)~(3)については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サービスに限る。) (1) 自立訓練(生活訓練) (2) 共同生活援助(グループホーム) (3) 居宅介護(ホームヘルプ) (4) その他の障害福祉サービス( ) (5) 訪問指導等 (6) なし	8 備考
○○年○月○日 医療機関コード ○○○○○○○○ ※7ケタの医療機関コードをご記入ください。 医療機関所在地 ○○県 ○○市 ○○町 1-2-3 ※主たる精神障害がICD-10コード(F4~F9)の場合で高額治療継続者(重度かつ継続)を申請するときは指定医療番号もしくは従事年数(3年以上)の記載が必要となります 名称 ○○医療センター 電話番号 012-345-6789(代) 医師氏名 ○○ ○○ 精神保健指定医の証書の番号: _____ (自筆又は記名捺印) 精神医療従事年数: _____年	
(東京都で記載いたしますので、空欄のままでお願致します。) 東京都記載欄: 自立支援医療対象 (該当・非該当) 高額治療継続者(重度かつ継続) (該当・非該当) 備考 ( ) 記載もれがないことを今一度ご確認ください。	

治療方針に変更がない場合、診断書は2年に1回省略できます  
(有効期限内に手続きを行う場合のみ省略可能)