

障害者総合支援法

第4章 自立支援医療(精神通院医療)

精神科 医療関係者向け



吉富薬品株式会社

1. 自立支援医療の概要

(1) 精神通院公費と自立支援医療費

自立支援医療費(精神通院公費)への変更点

	(旧)精神通院公費	障害者自立支援医療費
対象疾患	精神保健福祉法第5条の疾患	精神保健福祉法第5条の疾患
負担割合	5%	10% 市町村民税(所得割) 23万5千円以上は除外
所得による負担上限額	なし	低所得者に適応
高額治療継続者 (重度かつ継続) ※1	なし	市町村民税(所得割) 23万5千円以上も対象 全ての所得階層に 負担上限額を設定
支給決定の有効期間	2年	1年 再認定や拒否する場合の 要件を明確化※2
指定医療機関	なし	身体障害者や知的障害者と 同様に設定

平成18年4月1日施行

※1 2年以内に見直し

※2 臨床実態の実証的研究に基づき、1年以内に実施

精神保健福祉法第32条に定められていた精神通院公費は、平成18年4月1日から障害者自立支援法第58条に定められた自立支援医療費に移行しました。

変更となった点は、まず、利用者の自己負担割合が5%から10%に引き上げられたことです。新たな受給条件として精神障害者の所得額が加えられ、市町村民税(所得割)23万5千円以上を納税している一定所得以上の世帯は原則対象者から除外されますが、低所得者には負担上限額が設定されています。

また、新たに、高額治療継続者(いわゆる「重度かつ継続」の該当者)という仕組みが導入され、低所得者だけではなく、全ての所得層に負担上限額が設定されました。対象になれば、原則対象者から除外される市町村民税23万5千円以上(所得割)の世帯も対象となります。

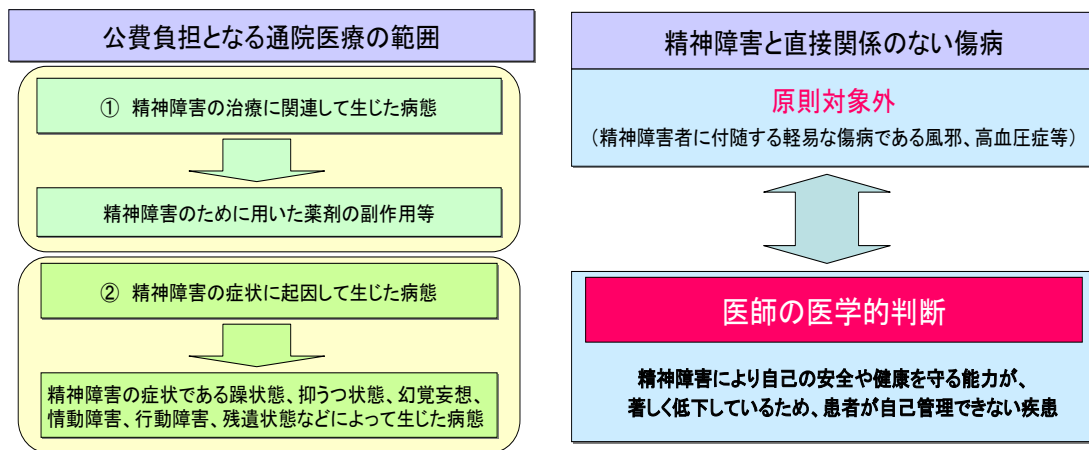
自立支援医療(精神通院医療)を担当する医療機関は、身体障害者や知的障害者と同様に、指定自立支援医療機関(精神通院医療)として所在地の都道府県及び指定都市の指定を受けることが必要です。また、支給決定の有効期間も2年から1年になりました。

(2) 自立支援医療費の対象者

自立支援医療費の対象者は、(旧)精神通院公費の制度と同様、精神保健福祉法第5条に規定されている疾患(統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質、その他の精神疾患を有する者)を有し、かつ、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にある者です。

その他の精神疾患とは、神経症性障害、ストレス関連障害、成人の人格及び行動の障害、食行動異常や睡眠障害を含む生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達障害の障害、小児(児童)期及び青年期に生じる行動及び情緒の障害等が該当します。

(3) 公費負担となる精神通院医療の範囲



平成14年4月1日に精神保健福祉法の一部改正が施行されました。この施行に伴い、「精神障害者通院医療公費負担事務取扱要領」(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)が一部改正されました。そのため、公費負担となる精神通院医療の範囲は、①「精神障害の治療に関連して生じた病態」及び②「精神障害の症状に起因して生じた病態」に限定されています。

①「精神障害の治療に関連して生じた病態」とは、精神障害のために用いた薬剤の副作用等が該当します。

②「精神障害の症状に起因して生じた病態」とは、精神障害の症状である躁状態、抑うつ状態、幻覚妄想、情動障害、行動障害、残遺状態等によって生じた病態です。精神障害に起因するとは考え難い病態の例として、感染症(特に慢性のもの)、新生物、アレルギー(薬剤副作用によるものを除く)、筋骨格系疾患が示されています。そのため、精神障害に付随する軽易な傷病(風邪、高血圧症等)の治療は、公費負担の範囲になっていましたが、精神障害と直接関係のない傷病は原則対象外となりました。

ただし、精神障害により自己の安全や健康を守る能力が著しく低下しているため、患者が自己管理できない疾患であると、医師が医学的に判断された場合は、対象となることがあります。つまり、最終的には、医師の医学的判断に委ねられています。

(4) 利用者の自己負担額

対象者区分		一定所得以下			中間所得		一定所得以上	
		生活保護世帯	市町村民税非課税		市町村民税(所得割) < 3万3千	3万3千 ≤ 市町村民税(所得割) < 23万5千	23万5千 ≤ 市町村民税(所得割)	
			I 本人所得 ≤ 80万	II 本人所得 > 80万				
高額 治療 継続者	該当	負担割合	公費負担対象(医療費の1割負担)					
		上限額	0円	2,500円	5,000円	5,000円	10,000円	20,000円(経過措置)
	非該当	負担割合	公費負担対象(医療費の1割負担)					公費負担対象外 (医療保険負担割合)
		上限額	0円	2,500円	5,000円	医療保険負担限度額		

自立支援医療では、世帯の収入（一定所得以下、中間所得、一定所得以上）及び高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」に該当するか否か）によって自己負担額が異なります。

1) 一定所得以下の世帯

高額治療継続者に該当しない場合でも、公費負担の対象となり、かつ負担上限額があります。生活保護世帯は負担無し、市町村民税非課税世帯 I は月額 2,500 円、市町村民税非課税世帯 II は月額 5,000 円となります。

2) 年間市町村民税（所得割）23万5千円以上の一定所得以上の世帯

公費負担の対象外となるため、原則 3 割の負担となり負担上限額も医療保険上限額となります。しかし、高額治療継続者に該当すると、公費負担の対象となり、かつ負担上限額は月額 20,000 円となりますが、令和 6 年 3 月 31 日までの経過的特例措置となっています。

3) 中間所得の世帯

公費負担の対象となりますが、負担上限額は医療保険の上限額になります。ただし、高額治療継続者に該当すれば、負担上限額が年間の市町村民税（所得割）3万3千円未満の場合は月額 5,000 円、3万3千円以上 23万5千円未満の場合は月額 10,000 円となります。

※ 自立支援医療の所得基準額の変更（平成19年7月1日施行）

自立支援医療の自己負担については、市町村民税（所得割）の額を用いて負担軽減措置（自己負担上限額の設定）が行われています。ところが、三位一体改革の一環として、平成19年度より、国（所得税）から地方（住民税）への税源移譲等が行われました。その結果、年間所得がかわらないにもかかわらず、市町村民税（所得割）の額が変動し、一定の所得までは個人住民税が増額しています。そのため、従前と同様の対象範囲となるよう、市町村民税（所得割）の額の基準が以下のとおり変更となりました。

● 「2万円」⇒「3万3千円」
● 「20万円」⇒「23万5千円」

（5）高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」の該当者）

自立支援医療の高額治療継続者は、いわゆる「重度かつ継続」に該当する者で、高額な治療を継続的に必要となります。そのため、自己負担を軽減するために自己負担上限額が設けられています。

1）重度に該当する者

疾病、症状等から対象となる場合です。精神通院医療では、原則ICD-10の分類で、以下のF0～F3とG40の疾患が該当します。

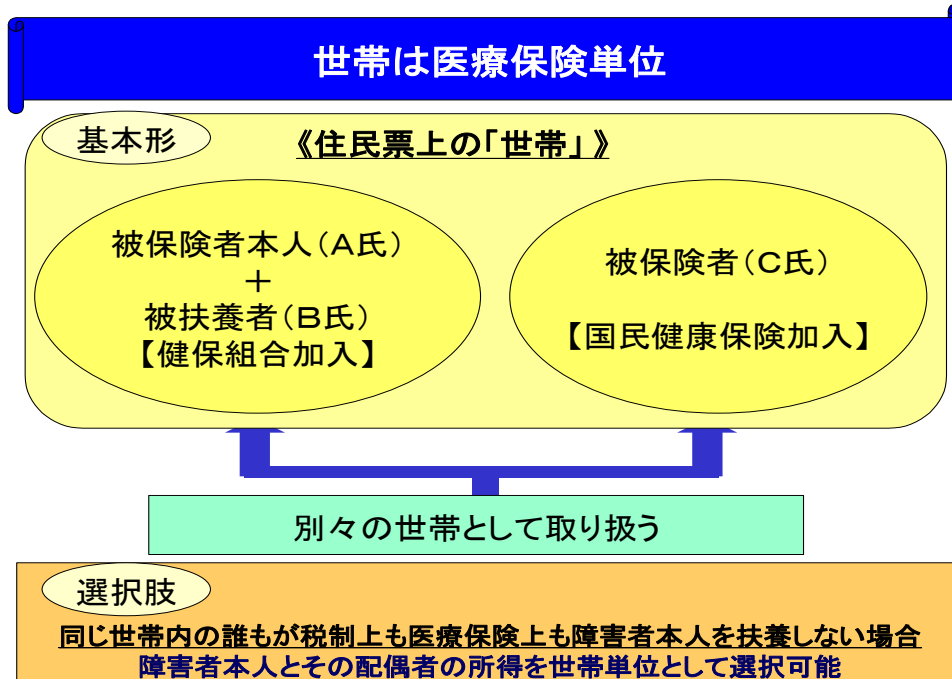
1	F0	症状性を含む器質性精神障害
2	F1	精神作用物質による精神及び行動の障害
3	F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
4	F3	単なるうつ病を含む気分(感情)障害
5	G40	てんかん

ただし、上記1～5の疾患に該当しなくても、精神医療を3年以上経験した医師が情動及び行動の障害又は、不安及び不穏状態のどちらかの状態で、集中的な通院医療が継続的に必要と判定した場合は対象となります。

2）継続に該当する者

疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる場合です。過去1年間に、医療保険上の自己負担限度額を超えて既に3回以上高額療養費を受給した者が対象となります。

(6) 自立支援医療における「世帯」



出典：厚生労働省「自立支援医療について」【参考2】を加工して作成

(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou04/>)

1) 医療保険単位による「世帯」

障害福祉サービス（介護給付、訓練等給付 等）の利用者の負担上限額を決める所得の基準は、住民票上の「世帯」が原則です。ところが、自立支援医療の「世帯」は、住民票とは関係なく、医療保険単位つまり同じ医療保険に加入している家族を範囲としています。

例えば、住民票上の「世帯」はA氏とB氏とC氏で構成されていても、自立支援医療の「世帯」では、健康保険組合に加入するA氏とB氏からなる世帯と、国民健康保険に加入するC氏からなる世帯に2分されます。このように、医療保険の加入関係が異なる場合は、税制の取扱いに関係なく、別の世帯として取り扱われます。

そのため、国民健康保険の場合は「世帯」の国民健康保険加入者全員の所得が、その他の健康保険の場合は被保険者本人のみの所得が「世帯」の所得となります。

2) 世帯の範囲の特例

同じ世帯内の誰もが税制上も医療保険上も障害者を扶養していない場合は、障害福祉サービス（介護給付や訓練等給付 等）と同様に、世帯の範囲の特例として障害者本人とその配偶者の所得を別世帯として選択することができます。

例えば、住民票上の「世帯」の全員が国民健康保険等に加入している場合は、同じ医療保険に加入しているため、原則、同一世帯となります。ところが、障害者本人を同じ世帯内の誰もが税制上も医療保険上も扶養していなければ、障害者本人とその配偶者の所得を世帯単位として選択することができます。

(7) 指定自立支援医療機関

指定自立支援医療機関 (精神通院医療)	病院、診療所又は薬局の開設者の申請により、自立支援医療の種類(精神通院医療、育成医療・更生医療)ごとに都道府県知事が指定 原則、6年ごとの更新が必要
<ul style="list-style-type: none"> ●患者や家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行える体制が整備されていること。 ●病院及び診療所は、精神医療の診断及び治療を行うに当って、十分な体制を有しており、適切な標榜科が示されていること。 	
病院及び診療所	担当する医師が以下の要件を満たしている保険医療機関 ①当該指定自立支援医療機関に勤務(非常勤を含む) ②精神医療の診療従事年数が、医籍登録後通算して3年以上
※ 精神医療の診療従事年数には、てんかんの診療や臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含まれる。	
薬局	以下の要件を満たしている保険薬局 ①複数の医療機関からの処方せんを受け付けていること ②十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること
※ 新規開局する保険薬局の管理者(管理薬剤師)は、過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者(管理薬剤師)としての経験を有し手いる実績があり、かつ、十分な調剤実務経験のある薬剤師を充てること。	

1) 指定自立支援医療機関の概要

都道府県知事(指定都市 市長)は、病院、診療所、薬局の開設者等の申請により、自立支援医療の種類(精神、更生、育成)ごとに指定自立支援医療機関を指定します。

指定を受ける医療機関は良質かつ適切な自立支援医療を行う事が責務となっており、患者や家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行われる体制が整備されていること等が求められています。指定自立支援医療機関(精神通院医療)の指定の有効期間は6年間であり、6年ごとの更新が必要です。

2) 指定自立支援医療機関(精神通院医療)の要件(指定申請書 参考資料 ※1)

精神医療の診断及び治療を行う病院及び診療所は、精神医療の診療従事年数が医籍登録後、通算して3年以上の医師(非常勤を含む)が勤務していることが必要です。この精神医療についての診療従事年数には、てんかんについての診療や臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含まれます。

薬局は、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局で、かつ、十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していることが必要です。なお、指定自立支援医療(精神通院医療)の指定要領が改正され、平成21年4月1日より新規開局する保険薬局の管理者(管理薬剤師)は、過去に他の指定自立支援医療機関において管理者(管理薬剤師)としての経験を有している実績があり、かつ、十分な調剤実務経験のある薬剤師を充てる旨が定められています。

訪問看護ステーション等(訪問看護事業者)は、指定自立支援医療機関(精神通院医療)療養担当規程に基づき、適切な訪問看護等が行える事業所で、必要な職員を配置していることが必要です。

【参考資料 ※1】

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称 ※1	
	所 在 地	
開 設 者	住 所 法人にあつては、 主たる事務所の 所在地	
	氏 名 法人にあつては、 名称及び代表者 の氏名	
標ぼうしている診療科名 ※2		
主として担当する医師の氏名及び経歴		(別紙)
<p>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第59条第1項の規定により、指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 氏 名 印 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)</p> <p>県知事 殿</p>		

※1 保険医療機関の名称は、正式名称を記載すること。

※2 標ぼうしている診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。

(別紙)

経 歴 書

フリガナ 氏 名	印	生年月日	
現住所			
年月日	任	免	事 項

(記入要領)

1 「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること（主として担当する医師が複数ある場合には、そのうちいずれか1名について記載）。

- (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
- (2) 病院、診療所等の医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
(例えば、〇〇医科大学精神科教室又は〇〇病院精神科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
- (3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
- (4) 非常勤職員については、申請時点における直近1月又は1週間当たりの勤務日数及び延時間数を明確に記載すること。
- (5) 2以上の施設に兼務する等の場合にあつては、申請の対象となる施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入すること。
(例えば、〇〇医科大学精神科週4日(延〇時間勤務)等)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（薬局）

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住 所 法人にあつては、 主たる事務所の 所在地			
	氏 名 法人にあつては、 名称及び代表者 の氏名			
薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	(別紙)
<p>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第59条第1項の規定により、指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 氏 名 印 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)</p> <p>県知事 殿</p>				

※ 提出資料 薬局開設許可証の写し、保険薬局指定通知書の写し、薬剤師免許証の写し

(別紙)

経 歴 書

学位		氏 ^ナ リ ^ガ 名	印	生年月日	
現住所					
最終学歴					
主たる 職歴					

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（指定訪問看護事業者等）

指定訪問看護事業者 ・指定居宅サービス事業者	名 称	
	主たる事務所の所在地	
訪問看護ステーション等	名 称	
	所 在 地	
	職 員 の 定 数	(表)
<p>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第59条第1項の規定により、指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 印</p> <p>県知事 殿</p>		

※提出資料 地方厚生局からの指定通知書の写し

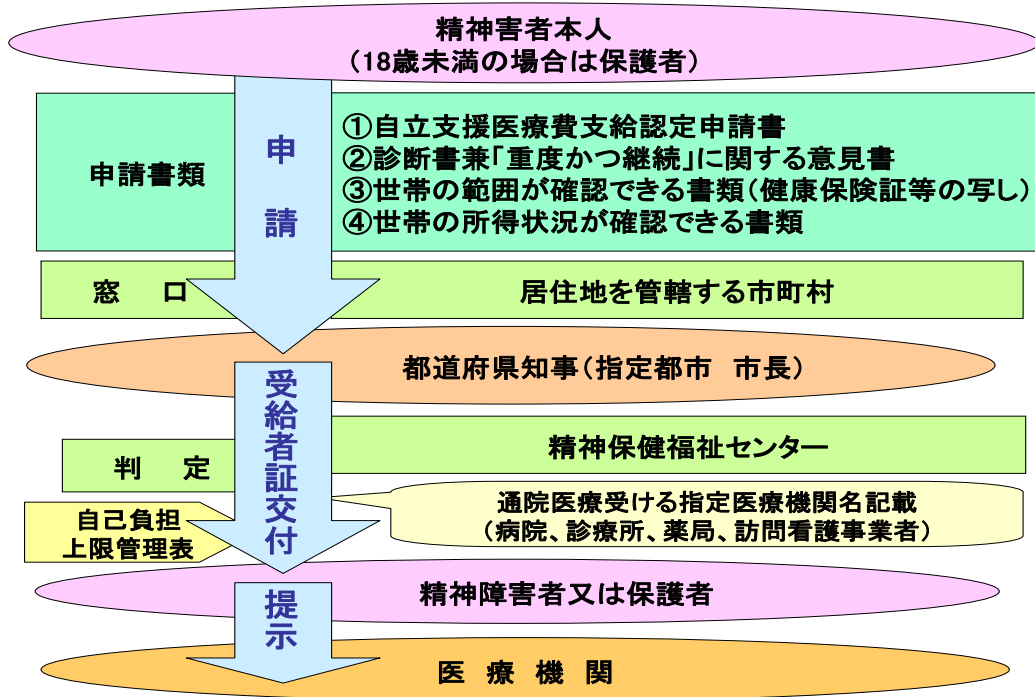
(表)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第4項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

職 種	定 数

備考 職員の定数は、保健師，看護師，理学療法士，作業療法士等の職種ごとに記載すること。

2. 自立支援医療費（精神通院医療）の申請



(1) 申請（新規・更新）手続き

自立支援医療費（精神通院医療）支給制度を利用するためには、精神障害者本人（本人が18歳未満の場合はその保護者）が、居住地を管轄する市町村長を通じて、自立支援医療費支給認定申請書 参考資料 ※2（受診を希望する指定自立支援医療機関名も記載）に、医師の診断書・「重度かつ継続」に関する意見書 参考資料 ※3、世帯確認の書類（申請者と同一の医療保険に属する者の健康保険証等の写し、生活保護世帯は不要）、世帯の所得確認のための書類（市町村民税課税証明書等）を添えて都道府県知事（指定都市の市長）に毎年申請することが必要です。

精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」という。）の所持者が新規申請する場合は、手帳が医師の診断書によって交付され、かつ、有効期間が1年以上であれば、医師の診断書の代わりに手帳の写しで申請することができます。ただし、高額治療継続者の申請をする場合は、別途、医師の意見書の添付が必要です。

また、更新の申請や年金証書等で手帳を交付された場合は医師の診断書が必要ですが、有効期間内に更新（再認定）の申請をする場合は、「治療方針に変更」がなければ必要書類である診断書は平成22年4月1日から2年に1回の提出に改正されています。「治療方針の変更」とは、病名変更により治療方針が変更になった場合等が該当します。ただし、診断書が不要の場合であっても有効期間終了後1か月を越えて申請する時は診断書の提出が必要です。

なお、支給認定の更新は1年ごとで、有効期限満了日の3ヶ月前から申請することができます。

(2) 申請書に添付する医師の診断書の書式内容

病名は主たる精神障害、従たる精神障害、身体合併症に区分し、ICDカテゴリーを記入	
ICDカテゴリーF0～F9のいずれかを記載 精神症状のない「てんかん」は、Gコード(G40)を使用	
F	精神及び行動の障害
F 0	症状性を含む器質性精神障害
F 1	精神作用物質使用による精神及び行動の障害
F 2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
F 3	気分(感情)障害
F 4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
F 5	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
F 6	成人の人格及び行動の障害
F 7	精神遅滞
F 8	心理的発達の障害
F 9	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害
G	神経系の疾患 (G40 てんかん)

自立支援医療を受けるための申請書 参考資料 ※2 は、医師の診断書 参考資料※3 を添付することが必要です。診断書の書式内容に関しては、通院医療公費負担の対象となる項目について詳しい内容を記載することが求められています。

平成23年4月1日から発達障害等の症状、状態像について適切に把握し、判定が容易になるよう診断書の様式が一部改正されています。主な改正内容は、発達障害等の病状、状態像を把握できるようにするため「現在の病状、状態像等」等の項目が見直されています。

診断書の病名欄は、主たる精神障害、従たる精神障害、身体合併症に区分されており、国際疾病分類に位置付けられる病名を記載し、ICD カテゴリーF00～F99 のいずれかを併記します。ただし、精神症状 を有する「てんかん」はFコードを使用し、精神症状のない「てんかん」はGコードを使用します。

診断書には、病名以外にも、現在の病状・状態像等、現在の治療内容（投薬内容、精神療法等、訪問看護指示の有無等）、今後の治療方針、現在の障害福祉サービス等の利用状況（障害者自立支援法に基づく自立訓練（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、訪問指導等の有無）等についても具体的に記載することが必要です。

なお、通院医療公費負担の申請費用は無料ですが、診断書の作成費用は診療報酬の対象外です。そのため、公費負担の対象とならないため、実費が必要です。

【参考資料 ※ 2】

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書												
【新規・継続・再認定・変更（保険・所得区分・医療機関）・転入】※1												
フリガナ 受診者氏名			性別 男・女		年齢		歳		生 年 月 日 明 治 和 成 年 月 日			
〒 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 大阪市 区			電話番号		() ()							
他市町村からの 転入前の住所			変更年月日		平成 年 月 日							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係								
	〒 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 保護者住所 ※2			電話番号 ※2		() ()						
	他市町村からの 転入前の住所			変更年月日		平成 年 月 日						
健康保険証に関する事項	保険の種類 (該当に○)			健康保険（社会保険等） ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢 ・ 生活保護（管轄）								
	受診者の属する被保険者証の記号及び番号 ※3			記号			番号			保険者名 ※3		
	受診者と同一保険の他の加入者			公的年金等受給の有無(※)		公的年金等の種類						
変更年月日			平成 年 月 日			有 ・ 無		年間収入額		円/年		
該当する所得区分			生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			高額治療継続者(重症かつ継続)		該当 ・ 非該当				
自立支援医療受給者番号			自立支援医療有効期限		平成 年 月 日		精神障害者保健福祉手帳番号					
支給要件の確認方法 ※8			<input type="checkbox"/> 医療用(1年目) <input type="checkbox"/> 医療用(2年目) <input type="checkbox"/> 手帳用(1年目) <input type="checkbox"/> 手帳用(2年目) <input type="checkbox"/> 手帳で新規									
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	区分※5			医療機関名			所在地・電話番号			医療機関コード		
	医療機関の変更(追加を含む) <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし											
	* 変更後の内容をすべて記入											
変更年月日※6			平成 年 月 日									
私は上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。						受付印			受理印			
申請者氏名			印 ※7			平成 年 月 日			〇〇〇〇様			
申請書を提出した者 氏名			印			本人との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員() <input type="checkbox"/> その他()			住所 電話 () ()			

※1 新規・継続・変更（保険、所得区分及び指定医療機関の変更の場合）・転入のいずれかに○をする。
変更の場合は、「障害者・児」の事項及び変更事項のみ記載。
※2 受診者本人と異なる場合に記入する。また、受診者本人の申請で施設入所による居住地特例の場合は入所前の居住地を記入する。
※3 生活保護受給中の場合は記入不要。
※4 市民税非課税世帯の方は、申請書裏面に記載の注意事項「3.公的年金の記載について」を確認のうえ、該当する公的年金等の有無及び必要事項を記載する(記載が無い場合は、所得区分が「低2：5,000円」となることがあります。)
※5 次の申請から選択し数字を記入する。(1：通院 2：薬局 3：テイクケア 4：訪問看護 5：検査 6：その他)
その他：6 を選択した場合は、医師の診断書等が必要。
※6 新規に医療機関等を追加する場合の有効期間の始期は受付日となる。
※7 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
※8 変更申請以外の方は記入すること。

----- ここから下の欄は記入しないでください。 -----

○○記入欄

前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			高額治療継続者	該当 ・ 非該当		
前回の受給者番号	前回の有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上						
所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市民税課税証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証			<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類()			
支給要件の確認方法	<input type="checkbox"/> 医療用(1年目) <input type="checkbox"/> 医療用(2年目) <input type="checkbox"/> 手帳用(1年目) <input type="checkbox"/> 手帳用(2年目) <input type="checkbox"/> 手帳で新規						
審査	審査日	判定	承認 ・ 不承認	高額治療継続者	該当(コード) () ・ 非該当		
今回の受給者番号	今回の有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
備考	<input type="checkbox"/> 手帳同時申請						

【参考資料 ※ 3】

診 断 書 (精神通院医療用)			
フリガナ		大正・昭和・平成	
受診者氏名		年 月 日生	男・女
住 所	奈良県		
①病名 (ICDコードは、 F00～F99、G40 等、第3桁以上 を記載してくだ さい)	(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		
	(精神症状を有するてんかんはFコード、精神症状のないてんかんはGコードを記載してください)		
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 記載)			
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. 行為心迫 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) 情動及び行為の障害			
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 ()			
(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 ()			
(8) てんかん発作 (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 ()			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存			
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 ()			
(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 ()			
(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 ()			
(12) その他 ()			

④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等			
⑤ 現在の治療内容（該当する項目を○で囲んでください。）			
1 投薬内容	1. 抗精神病薬	2. 抗不安薬	3. 抗うつ薬
	4. 抗躁薬	5. 抗てんかん薬	6. 睡眠薬
	7. その他（		
2 精神療法等	1. 通院精神療法	2. 標準型精神分析法	3. 通院集団精神療法
	4. ショートケア	5. デイケア	6. ナイトケア
	7. デイ・ナイトケア 8. その他（		
3 訪問看護指示の有無（有・無）			
⑥ 今後の治療方針			
⑦ 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、訪問指導等）			
⑧ 重度かつ継続に関する意見（該当する項目を必ず○で囲んでください）			
1. 該当		2. 非該当（申請しない場合も含みます）	
精神医療に3年以上従事した経験の有無（主たる精神障害がF40～F99の場合に記載してください。）			
1. 有り		2. 無し	
「1. 有り」の場合、該当する下記項目を○で囲んでください			
1. 精神保健指定医	2. 精神科医（3年以上精神医療に従事）	3. その他の医師	
⑨ 備考			
上記のとおり診断します。			
平成	年	月	日
医療機関名称			
所在地			
医療機関コード			
電話番号			
自立支援医療（精神通院） 指定医療機関指定年月日		平成	年 月 日
医師氏名（自署又は記名押印）			⑩

「重度かつ継続」に関する意見書

患者氏名	性別
住所	年齢

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。）

- ① 症状性を含む器質性精神障害 (F0)
- ② 精神作用物質による精神及び行動の障害 (F1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)
- ④ 気分障害 (F3)
- ⑤ てんかん (G40)
- ⑥ その他 (F)

「主たる精神障害」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴（精神保健指定医であること又は3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること）

年 月 日
医療機関名 _____
医師氏名（自署または記名捺印） _____

3. 自立支援医療の支給認定と自立支援医療受給者証

自立支援医療受給者証(育成医療 ・ 更正医療 ・ 精神通院)										
公費負担番号		1	2	3	4	5	6	7	8	
自立支援医療費受給者番号		9	8	7	6	5	4	3		
受診者	フリナガ	コウロウ ハナコ					性別	生年月日		
	氏名	厚労 花子					男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	平成〇〇年△△月××日		
	フリナガ	トウキョウト チョダク カスミガセキ								
	住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×								
	被保険者の記号及び番号	123456					保険者名	〇〇〇〇組合		
重症 かつ 継続		<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当								
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリナガ	コウロウ ハナオ					続柄			
	氏名	厚労 花男					父			
	フリナガ	トウキョウト チョダク カスミガセキ								
	住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×								
指定医療機関名	病院・診療所	〇〇〇〇病院			所在地・電話番号	東京都千代田区霞ヶ関〇〇〇 〇3-〇〇〇〇-××××				
	薬局	□□□□薬局			所在地・電話番号	東京都千代田区霞ヶ関□□□□ 〇3-〇〇〇〇-××××				
	訪問看護事業者	△△訪問看護ステーション			所在地・電話番号	東京都千代田区霞ヶ関△△△△ 〇3-〇〇〇〇-××××				
自己負担上限額		月額					5,000 円			
有効期間		平成〇〇年△△月××日 から 平成□□年〇〇月△△日 まで								
上記のとおり認定する。										
平成〇〇年△△月□□日					〇〇〇〇知事 〇〇〇〇市長村長			印		

出典：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「自立支援医療費の支給認定について」（障発第 0303002 号平成 18 年 3 月 3 日）を加工して作成
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb4803&dataType=1&pageNo=1

(1) 自立支援医療の支給認定

都道府県知事（指定都市 市長）は、精神保健福祉センターにおいて自立支援医療（精神通院医療）の可否を判定した上で、支給認定を行うかどうかを決定します。支給認定を決定した場合は、市町村長を経由して自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）及び自己負担上限額管理票 参考資料 ※4 が申請者に交付されます。

(2) 自立支援医療受給者証

受給者証には、自立支援医療を受ける指定自立支援医療機関の名称（病院、診療所、薬局、訪問看護事業者）、自己負担上限額、有効期間、その他の事項が記載されています。有効期間は、新規の申請の場合には、市町村の申請受理日から1年間となります。

自立支援医療対象者は、受給者証に記載された医療機関に受給者証及び自己負担上限額管理票（自己負担上限額の適用者のみ）を毎回提示し、公費負担分を除いた自己負担額を支払うことになります。

低所得者及び高額治療継続者は、自己負担上限額が設定されています。そのため、指定医療機関は自己負担上限額管理票で1ヶ月の自己負担額の累計を確認し、月額自己負担額の上限に達した以降は、全額公費負担となります。

自立支援医療が受けられるのは、受給者証に記載された医療機関に限定されています。そのため、何らかの事情で通院医療を受ける医療機関等を変更する場合は、事前に変更申請を行わないと自立支援医療が適用されなくなるため、注意が必要です。

【参考資料 ※ 4】

自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

受給者番号						氏名					
指定医療機関	病院・診療所 名称										
	薬局 名称										
	訪問看護 事業者名称										
月日	医療機関名	自己負担額	月額累計	自己負担徴収印	限度額確認印	月日	医療機関名	自己負担額	月額累計	自己負担徴収印	限度額確認印

* 指定医療機関は、自己負担額・月額累計額を記入し自己負担徴収印を押印し、月額上限額に達した指定医療機関は限度額確認印を押印すること。