

自立支援医療費（精神通院医療）

制度の概要について

■ 対象者

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に定める統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、その他の精神疾患を有する者、又はてんかんを有する者で、精神障害のため、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方が対象となります。

■ 医療の範囲

精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態（※）に対して病院又は診療所に入院しないで継続的に行われる医療が対象となります。

（※治療や症状に関連して生じた病態も対象となりますが、精神通院医療を担当する医師によって、通院による精神医療を行うことができる範囲の病態のみが対象となります。）

なお、症状が殆ど消失している受診者でも、軽快状態を維持し、再発を予防するために、なお通院治療を継続する必要がある場合は対象となります。ただし、複数の診療科を有する医療機関にあっては、当該診療科以外において行った医療は対象外となります。

■ 有効期間

➤ 有効期間は1年以内になります（有効期間は受給者証に記入されています）。

更新の手続きは毎年必要です。

➤ 再認定の申請は、有効期間の終了する日の3ヶ月前から行うことができます。

■ 利用者負担について

自立支援医療制度は、原則として医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度です。疾病の程度や「世帯」（※）の所得の状況等に応じて、1ヶ月の自己負担額に上限が設定される場合があります（下図のとおり）。

※自立支援医療制度における「世帯」とは、医療保険単位で認定するため、住民票上の世帯とは異なる場合があります。

【 図 所得区分と自己負担上限額について】

一定所得以下(=市町村民税非課税世帯)			中間所得層(=市町村民税課税世帯)		一定所得以上
生活保護	低所得1	低所得2	中間1	中間2	一定以上
	収入 809,000円以下	収入 809,000円超	市町村民税額 33,000円未満	市町村民税額 235,000円未満	市町村民税額 235,000円以上
負担0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	重 度 か つ 継 続 非 該 当		
			負担上限額 医療保険の自己負担限度額		公費負担の対象外 (医療保険の自己 負担限度額)
			重 度 か つ 継 続 該 当		
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円

※自己負担上限額 20,000 円については、経過的特例措置として制度の対象とされていますが、今後変更になる可能性があります。

■ 高額治療継続者（重度かつ継続）の範囲について

高額治療継続者（重度かつ継続）に該当する方は次のとおりです。

➤ ICD-10 における次の分類の方

- 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、統合失調型障害及び妄想性障害
- F 3 気分障害
- G 4 0 てんかん

➤ 3年以上の精神医療の経験を有する医師によって、計画的・集中的な通院医療（状態の維持、悪化予防のための医療を含む）を継続的に要すると判断され認定を受けた方

➤ 医療保険多数該当の方

■ 受給者証交付までの窓口での取り扱い

新規申請の場合、受理日から受給者証が交付されるまでには、時間を要する場合があります。受給者証の確認ができるまで、受診にあたっては申請書控えでの対応について、御配慮くださいますようお願いいたします。

■ 自己負担上限額の管理について

月ごとの自己負担額に上限額が設定された方については、定められた上限額に達するまでは、1割の負担となり、上限額に達すると、以降当該月の自己負担はなくなります。

なお、上限額の管理にあたっては「ちば・通院ノート」（小冊子）を用い、医療機関等での自己負担額の支払いの度に、窓口で記入をお願いすることとなります。

■ 受診医療機関について

病院・診療所のほかに薬局・訪問看護事業所の利用についても、申請が必要です。自立支援医療受給者証に記載されていない医療機関等においては、自立支援医療費（精神通院医療）の対象となりませんので、御注意ください。

また、自立支援医療受給者証に記載された薬局の利用であっても、自立支援医療受給者証に記載された病院・診療所の診察に基づいて自立支援医療（精神通院医療）に係る医療の一環として発行された処方箋でなければ、公費負担医療の対象とはなりません。

■ 申請手続きについて

申請は、受診者（18歳未満の方が受診者の場合には保護者）のお住まいの市町村の窓口（一覧参照）において行う必要があります。

【必要書類】

- ・自立支援医療費支給認定申請書（精神通院）
- ・診断書（自立支援医療 精神通院医療用）申請日の前3ヶ月以内に作成されたもの※注1
- ・受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する名前が記載されている被保険者証など医療保険の加入関係を示すもの
- ・受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料※注2
（「市町村民税（非）課税証明書等」）

※注1 再認定申請の場合、診断書の提出が必要ない場合があります。詳しくはお住まいの市町村にお問い合わせください。

※注2 市町村においては、申請者に「所得確認についての同意書」を提出いただき、職権により確認を行う場合もあります。詳しくは、申請先の市町村にお問い合わせください。

■ 精神障害者保健福祉手帳との同時申請について

精神障害者保健福祉手帳の新規交付または更新の申請と併せて自立支援医療費（精神通院医療）の申請を行う場合は、手帳用診断書により同時申請することが可能です。ただし、受診者が精神科を標榜する医療機関に入院中の場合は対象外です。

- ①指定自立支援医療機関で作成した診断書であること、②「重度かつ継続」を申請する場合で、主病名のみでは「重度かつ継続」が判断できない（F0からF3、G40以外）場合は、重度かつ継続の欄の記載が必要ですので、御注意ください。
- 年金証書等の写しによる精神障害者保健福祉手帳の申請を行う場合には、自立支援医療費（精神通院医療）との同時申請ができません。自立支援医療費（精神通院医療）の申請は、別途、自立支援医療用診断書を用いて行います。

■ 診断書等の諸用紙が必要な場合

千葉県精神保健福祉センター審査課（直通 043-307-6375）まで、お問い合わせください。