

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
1	適用範囲	デイケアの利用について、説明していただきたい。	指定医療機関で行うデイケアも自立支援医療の対象となります。現在利用している医療機関でデイケアを行っていない場合で、デイケアを利用しようとする場合は、指定医療機関の変更申請又は追加申請を行ってください。	精神課中総
2	受給者証	受給者証は医療機関に直接送付することはできないのか。	受給者証は、ご本人がお持ちになるものですので、医療機関に送付することは考えておりません。	精神課中総
3	受給者証	受給者証の回収責任は誰か。 有効期間内の受給者証をお一人で2～3枚お持ちの場合がある。例えば、①紛失したということで再発行、②保険が変わったということで、区分変更前と後の受給者証など。	受給者証は、区市町村窓口を通じて都に返還していただくことになります。	精神課中総
4	診断書	手帳と自立支援医療を同時申請する場合に添付する診断書は、手帳申請用診断書のみでよいか。	手帳と自立支援医療を同時に申請する場合に限り、手帳申請用診断書をもって自立支援医療の申請と兼ねることができます。なお、所得区分設定が「中間」以上に該当し、「重度かつ継続」を申請する場合は、併せて、意見書の添付が必要です。ただし、診断書の「病名」欄のICD-10コードがF0、F1、F2、F3、G40のいずれかであれば、意見書なしでも申請を可とします。	精神課中総
5	その他	医療機関の変更申請の場合、あくまでも申請受理日からの適用となり、遡及適用はできないのか。	申請受理日からの適用となり、遡及適用にはなりません。	精神課中総
6	有効期間	有効期間の始まりはいつからか。	区市町村窓口で申請書を受理した日からになります。	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問 45、46 の回答に補足し、設問 46 の2 を追加しました (平成 18 年 11 月 10 日)。

注2) 設問 55 の回答に補足し、設問 75 の回答を修正し、設問 75 の2、75 の3 及び設問 85 から設問 105 までを追加しました (平成 19 年 1 月 24 日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
7	受給者証	申請後、承認決定までの間の医療費をどう取り扱うべきか。	<p>受給者証の発行を受ける前に受けた精神通院医療の取扱いについては、診療報酬請求や患者負担支払時の工夫により対応することとなります (国Q&amp;A)。</p> <p>国制度については療養費払いを行っていないため、申請書控により申請受理日を確認した後は、公費適用予定分について窓口徴収は行わず、レセプト請求については、受給者証交付後をお願いしているところです。</p> <p>上限管理については、受給者証で上限額を確認後、上限額管理票により医療機関の窓口で精算していただくこととなりますが、このとき、上限を超える分について、仮徴収後事後精算、又は事後一括精算とするかは、医療機関によります。</p> <p>公費負担が不承認となったときは、申請時に遡って、公費適用外として自己負担を徴収してください。</p> <p>なお、申請書控の提示もない場合は、公費適用外として自己負担を徴収するなど、各医療機関での判断に基づき処理していただくこととなります。</p>	精神課中総
8	受給者証	受給者証を忘れた場合はどうするのか。	<p>受給者証の提示がない場合は、公費適用外として自己負担を徴収していただくこととなります。</p> <p>後日、資格を確認できた場合は、国制度について都では療養費払いを行っていないため、医療機関窓口において精算いただけますよう、御協力よろしくお願いします。</p>	精神課中総
9	受給者証	受給者証を紛失して提示を受けられない場合はどうするのか。	<p>区市町村窓口で再交付申請が可能です。</p> <p>再交付申請中かどうかについては、再交付申請書控で確認してください。</p>	精神課中総
10	診断書	手帳用診断書でも申請できるのか。更新手続きはどうか。	<p>手帳と自立支援医療を同時に申請する場合は、手帳用の診断書で自立支援医療の申請を行うことができます。ただし、所得区分設定が「中間」以上に該当し、「重度かつ継続」を申請する場合は、併せて、意見書の添付が必要な場合があります。</p>	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
11	指定医療機関	医療機関変更は変更申請受理日からとあるが、既に診察を受けた方が、まだ変更手続きしてない場合、当該医療機関では自立支援医療制度を使えないのか。	指定医療機関の変更は、変更申請受理日から適用となります。 変更申請の手続きをされませんと、自立支援医療制度の適用はできません。 旧32条では届出事項だったため、事後に変更年月日を届出いただいておりましたが、自立支援医療では申請事項となったため、遡及での適用は受けられません。	精神課中総
12	指定医療機関	薬局を2ヶ所以上利用することはできるか。	薬局についても原則1か所となります。	精神課中総
13	診断書	年金証書で新規申請・更新できるか。	できません。	精神課中総
14	レセプト	93の受給対象者で、93への請求額が他医療機関等での受診等で限度額を超えていて0円の場合のレセプト請求の方法はいかがか。	国保連合会への請求は93を記入せずに2者併用でお願いします 社保支払基金への請求は、保険者で被保険者および被扶養者の公費受給状況を把握しているため、93を記入した3者併用で、自立支援に係る一部負担金欄を0と記入していただき請求をお願いします。	支払基金
15	所得区分	生活保護については月の途中からでも認定日から適用ということだが、自立支援医療との整合についてはどうなるか。	自立支援医療においては、所得区分の変更は月の途中では行わないのが原則ですが、自立支援医療受給者が生活保護開始となった場合や、自立支援医療受給者かつ生活保護の被保護者が生活保護廃止となった場合は、いずれも生活保護の開始日・廃止日から職権により所得区分が変更になります。また、その際、生活保護廃止となったことから所得区分が低所得1・2(住民税非課税世帯)に該当となった場合、「93」対象者となりますが、別途、申請書の提出が必要となります(申請受理日から適用)。 なお、生活保護の被保護者が自立支援医療を申請していない場合は、生活保護の医療扶助で請求することとなりますが、速やかに申請することが望ましいと言えます(申請受理日から自立支援医療を適用)。	精神課中総
16	所得区分	生活保護の停止又は停止解除の場合はどうか。	停止は廃止と同様に、停止解除は開始と同様に、その日から職権により所得区分が変更になります。	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
17	その他	<p>医師国保、弁護士国保など国保組合の被保険者証には「一部負担金なし」と記載があるが、自立支援医療受給者証には自己負担なしの記載はない。</p> <p>その場合、一部負担金は徴収しなくてよいのか。</p> <p>また、自己負担上限額管理票の一部負担金の記載は必要か。医療費の1割を記載するという事でよいのか。</p>	<p>国民健康保険には、区市町村が行うものと、医師、理容師など同種同業の方で組織する国民健康保険の組合があります。</p> <p>国保組合では、自立支援医療受給者証の交付を受けた被保険者に対し、負担者番号「21」適用後の一部負担金に相当する額を現物給付する場合があります。この場合、区市町村国保の取り扱いとは異なり「国保受給者証」は交付されず、現物給付を行っている国保組合では、被保険者証に「一部負担金なし」と記載し、被保険者証と併せて受給者証、上限額管理票を提示することにより、医療機関の窓口で自己負担を徴収しない取り扱いを行うようになっています。</p> <p>上限額管理票の記載は必要であり、負担者番号「93」の制度と同様、上限額に達するまで医療費の1割を記載します。</p> <p>レセプトの一部負担金欄には、「93」の制度と同様、上限額以下の場合には医療費の1割、上限額を超えた場合は各医療機関ごとの上限管理額を記載します。</p> <p>ただし、都に主たる事業所のある22国保組合のうち、3国保組合(保険者番号133231&lt;全国左官タイル塗装業&gt;、133264&lt;中央建設&gt;、133298&lt;全国建設工事業&gt;)は、上記の現物給付を行っていないので、医療機関の窓口では「21」のみの適用となり、医療費の1割を自己負担として医療機関の窓口で徴収します。</p>	国保課
18	上限額管理票	<p>93の受給対象者について、実際の窓口負担額がなくても上限額管理票に記入することとなっているが、なぜか。</p>	<p>21の負担額と93の負担額を区別するため、93の受給対象者についてもレセプトに一部負担金の記載が必要であり、上限額管理を行わないと一部負担金の記載ができないため、上限額管理票は記入いただくようお願いします。</p>	精神課中総
19	レセプト	<p>精神障害に起因する診療(投薬、検査等)に対するコメントは毎月必要か。</p>	<p>精神障害の治療に必要な投薬・検査についてはコメントの必要はありませんが、精神障害に起因して生じた病態について公費負担の対象とするのであれば、コメントを記入してください。</p> <p>診療内容により、審査上必要な場合は、症状詳記を求める場合があります。</p>	支払基金

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
20	その他	生活保護の被保護者で自立支援医療の人について、自立支援医療以外の薬が出た場合で、一枚の処方せんに自立支援医療分と生活保護分が記載されていた場合は、 ① 医療券が必要か ② 医療券(単独券)の交付Noの記入は必要か	①について、生活保護の被保護者は、自立支援医療対象外医療については生活保護法(医療扶助)により給付を受けることになります。医療扶助を受ける場合は、医療券により給付資格を確認することになるため、必ず必要です。 ②について、医療券の交付Noの記載は、東京都においては独自に記載方法を定めているところであり、この取り扱いの変更はなく、記入は必要です。 なお、レセプトの記載方法については、東京都通知(平成18年6月14日付18福保生保第295号)を参照してください。	保護課
21	その他	自立支援医療受給者かつ生活保護の被保護者で、全額自立支援医療で請求する場合は、「外来医療要否意見書」は必要か。	生活保護の被保護者で自立支援医療のみの場合は、「医療要否意見書」は不要です。	保護課
22	上限額管理票	上限額管理票が不足した場合は、本人あて送付されるのか。	区市町村窓口で必要枚数をお渡ししますので、お問い合わせ下さい。	精神課中総
23	有効期間	更新時期には本人に通知が行くのか。	更新時期のお知らせはしていません。	精神課中総
24	その他	93の制度について教えていただきたい。	低所得1・2(住民税非課税世帯)に該当する方の申請があった場合は、21の自己負担上限額(2,500円又は5,000円)を限度として助成します。基本的に93の有効期間の始期は21と同様に区市町村窓口における申請受理日からとなります。社保又は老人保健の方と国保(一般)の方とで、実施機関が異なるため、負担者番号の下4桁が異なります。	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問 45、46 の回答に補足し、設問 46 の2 を追加しました (平成 18 年 11 月 10 日)。

注2) 設問 55 の回答に補足し、設問 75 の回答を修正し、設問 75 の2、75 の3 及び設問 85 から設問 105 までを追加しました (平成 19 年 1 月 24 日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
25	上限額管理票	新規申請の場合、申請窓口で上限額管理票を渡して欲しい。	<p>上限額管理票は、所得区分が正式に認定された後、受給者証と一緒に交付しますので、申請受理の時点ではお渡ししていません。</p> <p>申請書控により公費適用の取り扱いを行う場合は、窓口では一旦1割負担としてレセプト請求は保留しておき、後日、受給者証で上限額を確認してから精算する方法などが考えられます。</p> <p>なお、後日、上限額管理票に記入する場合は、月単位でまとめて記入すれば良く、いちいち日付ごとに記入する必要はありません。医療機関・薬局が交互に記入する場合とまとめて記入した場合とで、上限を超える時点が異なる場合であっても、結果的に患者単位で自己負担上限額が管理できていれば問題ありません。</p> <p>また、申請書控に区市町村が記載した所得区分で、仮に上限管理を行っていただくことも構いませんが、受給者証に記載された認定内容が申請書控と異なる所得区分になった場合は、精算する必要があります。仮の上限管理を行う場合は、医療機関と薬局の間で、お互いが認識できる方法により、適宜行ってください。</p>	精神課中総
26	所得区分	生活保護の開始・廃止の場合、本人が手続する必要はないということか。	<p>職権で所得区分の変更を行いますが、保険種別・世帯範囲などについて本人に確認が必要な場合もあることから、円滑かつ速やかな処理のため、本人から届出(申請)があることが望ましいと言えます。</p>	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
27	上限額管理票	上限額管理票を忘れた場合、医療機関では薬局分の自己負担額が把握できないが、上限管理及びレセプト記載はどうするのか。	<p>受給資格については確認できているものの上限額管理票の提示を受けることができない場合は、一旦1割負担が原則となりますが、上限額管理票以外の方法で、既に上限を超えていることが確認できる場合は、自己負担なしとしていただいで構いません。</p> <p>後日、上限額管理票を確認できた場合は医療機関の窓口で精算していただくこととなりますが、このとき、仮徴収後事後精算、又は事後一括精算とするかは、医療機関によります。</p> <p>レセプト請求は、確認できた範囲で上限に達するまでの自己負担額(上限額以下の場合は1円単位)を一部負担金欄に記載して請求してください。</p>	精神課中総
28	上限額管理票	遠隔地にいる患者様に電話診療で薬を送る場合の上限額管理はどのように行えば良いか。	同上	精神課中総
29	その他	関係行政機関が制度を理解しておらず業務が進まない。また、都の対応が悪い。	<p>都では、引き続き課題の整理を進め、制度の周知を行っていきます。</p> <p>また、適切かつ速やかな対応に努めて参りますので、ご理解下さい。</p>	精神課中総
30	上限額管理票	その月が終わった後の上限額管理票はどうすればよいのか。	都では回収しませんので、患者様が保管又は破棄していただくこととなります。	精神課中総
31	保険種別	<p>保険種別が変わった場合、受理日からとなるのか。</p> <p>手続きが遅れた場合は、その間使えないのか。</p> <p>93についてはどうか。</p>	<p>保険種別は申請ではなく届出事項ですので、届出が遅れても21の資格には影響しません。</p> <p>保険種別の変更に伴い所得区分が変わる場合、所得区分の変更は、変更申請受理日の翌月1日からとなります。</p> <p>93については、保険種別により制度が異なるため、改めて申請が必要です。</p>	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
32	診断書	みなし認定期間と診断書の取扱いについて、みなし認定にあたって診断書が必要とした理由は。	受診者の利便性を考慮し、みなし認定受付期間に診断書を添付することで、みなし認定期間に加えて1年の本則支給認定を行うこととしましたが、平成18年2月1日付17福保障精第1016号東京都福祉保健局精神保健福祉課長名依頼文書により、医療機関の負担との調整を図っています。	精神課中総
33	保険種別	社保+93133007の方が、月の途中で社保資格を喪失した場合、93の取扱いはどうなるか。	社保資格を喪失(国保に加入)した時点で、93133007は使えなくなります。国保における所得区分も低所得1又は2であれば、改めて申請することにより、93132009の適用を受けることができます。	精神課中総
34	レセプト	一部負担金欄はどのように記載するのか。	上限額以内の場合は、1割分を四捨五入せずに記載します。上限額を超えた場合は、1割分と上限管理残分を比較し、少ない方を記載します。	精神課中総
35	保険種別	93の受給者が保険変更した場合、保険に合わせた93を適用していいのか。また、変更手続きが完了していることを確認するにはどのようにしたらいいのか。	保険種別が変わった場合、93については、改めて申請が必要になります(申請受理日から新しい93を適用)。 保険種別が変わると所得区分も変わる可能性があるため、必ずしも継続して93の受給資格を有するとは限りません。 変更手続きを行っているかどうか、引き続き93の適用を受けるかどうかについては、変更届控及び申請書控により御確認下さい。	精神課中総
36	その他	「認定結果のお知らせ」は、再交付可能か。	認定結果のお知らせは、受給者証の交付の都度発行していますので、再発行は困難です。	中総
37	その他	18年3月分までの患者票がほとんど届いていない。レセプトが保留になっている。 患者票の送付がないのであれば認定結果の通知だけでもいただきたいが。	発行は、順次行っておりますが、そのような事例につきましては、申し訳ございませんが区市町村又は中部センターに問合せをお願いします。	中総
38	有効期間	低所得1・2で93の申請をしなかったため、1割負担となった事例がある。後から申請しても遡及はしないのか。	申請主義によるため、申請がなければ適用されません。認定は申請受理日からとなるため、遡及は行われません。	精神課



自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
39	所得区分	負担上限月額(所得区分)の変更があった場合、いつから適用となるのか。	変更申請受理日の翌月初日から適用となります。	精神課
40	その他	東京都内の区市町村間での転居の場合の93の取扱いは、どのようになりますか。	①都の医療費助成(公費番号93133007)は、引き続き本人負担なし ②区市町村国保による医療費助成(公費番号93132007)の場合は、転居により加入する区市町村国保が変更となることから、区市町村窓口での手続きが必要です。なお、①②いずれの場合も、区市町村窓口へ記載事項変更届(住所変更)の提出が必要です。	精神課中総
41	上限額管理票	上限額管理票の運用について ①患者ご本人が管理票を持参しない場合、薬局には提示したが病院には提示していなかった場合など、様々な取扱い上の不都合が生じている。制度を見直しをしてほしい。 ②93適用の場合は、窓口負担額0円となるが、その場合も金額の記入が求められている。見直しをしてほしい。	①自立支援医療制度(国制度)上、求められている取扱いであり、ご負担をおかけしますが、ご理解をお願いします。 ②国制度+93適用(都制度)の方は、結果的に窓口負担額は0円とはなりますが、自立支援医療制度(国制度)上、記入が求められています。また、国制度(21)上の負担額と都制度(93)上の負担額を確認するうえでも必要となりますので、ご負担をおかけいたしますが、ご理解をお願いします。	精神課中総
42	受給者証	国保93の受給者証と21の受給者証の発行にタイムラグがあるが、同時に発行はできないのか。	自立支援医療受給者証については、審査、交付決定及び発行を東京都で行っています。国保受給者証は、自立支援医療受給者証(精神通院)の発行を受けてから、自立支援医療で認定した所得区分に基づき、各区市町村が国保付加給付の受給資格を審査し、国保受給者証の交付決定を行います。このことから、現行の制度では、自立支援医療受給者証と国保受給者証の発行にタイムラグが生じることはやむを得ない状況です。ご不便をおかけしますが、ご理解をお願いします。	国保課
43	その他	医療保険上の訪問看護は、93の対象となるか。	対象となります。ただし、介護保険上の訪問看護の場合は、対象外となります。	精神課
44	適用範囲	診断書の作成にかかる費用は公費負担の対象となるか。	社会保険診療報酬の対象とならない費用については、公費負担の対象にはなりません。	精神課

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
45	適用範囲	傷病手当金意見書交付料や診療情報提供料は公費負担の対象となるか。	<p>精神通院医療の範囲は、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行われる医療であり、この範囲は自立支援医療費(精神通院医療)支給認定実施要綱(※)等に記載のとおりです。</p> <p>したがって、社会保険診療報酬の対象となる費用であっても傷病手当金意見書交付料は対象外となります。診療情報提供料についても、上記の趣旨にあてはまらない場合は対象外となりますが、例えば、主治医が「精神障害及び精神障害に起因して生じた病態」の治療上必要と認め、その医療機関において行えない医療行為について他の医療機関へ依頼を行う場合は対象となります。(例：デイケアを実施していない主たる医療機関から、デイケアを実施する医療機関に対し、診療状況を示す文書を添えて必要な情報を提供する場合)(厚生労働省確認済み)</p> <p>(※)「自立支援医療費(精神通院医療)支給認定実施要綱 一抜粋」第2 自立支援医療(精神通院医療)の対象及び医療の範囲</p> <p>1 自立支援医療(精神通院医療)(以下単に「精神通院医療」という。)の対象となる者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者で、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ものとする。</p> <p>2 精神通院医療の範囲は、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行われる医療とする。ここで、当該精神障害に起因して生じた病態とは、当該精神障害の治療に関連して生じた病態や、当該精神障害の症状に起因して生じた病態とし、指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師(てんかんについては、てんかんの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とする。</p> <p>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範囲外とする。また、結核性疾患は、結核予防法に基づいて医療が行われるので、範囲外とする。</p> <p>3 また、症状が殆ど消失している者であっても、軽快状態を維持し、再発を予防するためになお 通院治療を続ける必要がある場合には、対象となる。</p>	精神課

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
46	適用範囲	精神科から他の精神科へ、又は精神科から合併症担当科への診療情報提供料であっても、公費負担の対象外か。	指定医療機関は、病院・診療所、薬局、訪問看護事業者について原則として1か所ずつとなりますが、主治医が治療上必要と認めるものについては、上記(設問45の回答)のとおりです。	精神課
46の2	適用範囲	薬剤情報提供料は公費負担の対象となるか。	処方される薬剤の名称、用法、用量等の情報の提供を受けるものですので、対象となります(厚生労働省確認済み)。	精神課
47	適用範囲	処方せん料や訪問看護指示料は公費負担の対象となるか。	調剤や訪問看護を受ける上で必要ですので、対象となります。	精神課
48	指定医療機関	生活保護の被保護者が、指定薬局でなく他の薬局で処方を受けた場合は、全額自己負担といわれたが、そのような取り扱いでよいか。	自分で指定した医療機関に行かない場合は、本来は自己責任で医療費を支払うこととなります。状況によって医療扶助でやむを得ない場合もありますが、受給者証に記載されている医療機関(調剤薬局)に受診するよう指導が必要です。	保護課
49	レセプト	老人保健及び高齢者の患者に対する一部負担金が上限額以下の場合のレセプトへの記載はどうか。	一般の外来患者の場合は1円単位まで記載します。 在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している患者のように「保険」の欄の「一部負担金」の欄に金額の表示が必要な場合は10円単位で記載します。	支払基金
50	診断書	診断書が診査の段階でふせん付でもどってきた時の診断書の日付をどうするのか、加筆した日に訂正して出したが。	加筆したところに、「平成〇年〇月〇日加筆」と記載してください。	中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問 45、46 の回答に補足し、設問 46 の 2 を追加しました (平成 18 年 11 月 10 日)。

注2) 設問 55 の回答に補足し、設問 75 の回答を修正し、設問 75 の 2、75 の 3 及び設問 85 から設問 105 までを追加しました (平成 19 年 1 月 24 日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
51	上限額管理票	上限管理票が不要なのはどのような場合か。	生活保護の被保護者、及び中間所得層の「重度かつ継続」対象外の方については、上限額管理票が不要です。	精神課
52	受給者証	低所得Ⅰ、低所得Ⅱに関して、都の助成制度があるにもかかわらず、市によっては、受給者証に「2,500円」「5,000円」と記載があり、混乱している。全区市町村とも受給者証に「負担なし」とするよう統一してほしい。	国保受給者証は、自立支援医療の所得区分が低所得Ⅰ又は低所得Ⅱと認定された場合のみ発行し、国保93の記載を確認することにより、窓口での医療費の徴収は行わないことになっています。このようなことから、国保受給者証については、「自己負担なし」との記載は区市町村により任意に記載を行っていたところですが、ご質問にある受給者証が国保受給者証のことを指しているのならば、国保受給者証に「自己負担なし」との記載がないことにより、医療機関等において混乱が生じているとのご要望を踏まえ、各市町村に対して、対応可能な時期から国保受給者証への「自己負担なし」の記載をさせていただくように周知しました。	国保課
53	受給者証	従前の32条制度時は、受給者証(患者票)は医療機関で管理されていたため、ご本人による管理となった現在も、受給者証がご本人あてに送られると不承認となったなどと勘違いされて医療中断に至るケースがある。説明は何度もしているのだが、どのように対処すべきか。	ご理解して頂けるよう、繰り返しのご説明をよろしくお願いします。	精神課
54	適用範囲	現在、精神科に入院しているが、退院の予定が決まっております。退院後の通院のために申請することは可能か。	申請は退院後にしてください。申請受理日から適用を受けることができます。	精神課
55	適用範囲	現在、精神障害以外の疾病の治療のために入院しているが、適用を受けることは可能か。	精神障害以外の疾病の治療のために病院に入院中の患者様が、精神障害の治療のために他の医療機関に通院する場合は対象となります。同一医療機関においては、全て入院分としての扱いになるため、精神通院医療の適用を受けることはできません。	精神課中 総
56	適用範囲	外国人は、公費負担の対象となるか。	対象となります。	精神課
57	適用範囲	知的障害者施設に入所している者が通院によって精神障害の医療を受ける場合は公費負担の対象となるか。	対象となります。	精神課

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問 45、46 の回答に補足し、設問 46 の2 を追加しました (平成 18 年 11 月 10 日)。

注2) 設問 55 の回答に補足し、設問 75 の回答を修正し、設問 75 の2、75 の3 及び設問 85 から設問 105 までを追加しました (平成 19 年 1 月 24 日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
58	適用範囲	他道府県の患者についての公費負担医療はできるか。	できます。ただし、費用の負担は、当該患者の居住地の都道府県において行うため、受給者証は他道府県が発行したのものによります。	精神課
59	適用範囲	「神経症性障害」「統合失調症の疑い」と診断された者は、公費負担の対象となるか。	精神障害のあることが確実な方は対象となります。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ことが要件となります。	精神課
60	適用範囲	当該精神障害の治療に関連して生じた病態とはどの範囲を指すか。	当該精神障害のために用いた薬剤の副作用等です。	精神課
61	適用範囲	当該精神障害に起因して生じた病態とはどの範囲を指すか。	当該精神障害め症状である躁状態、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。 なお、精神障害に起因するか否かの判断は、症例ごとに医学的見地から行われるべきものですが、一般的に感染症(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)、筋骨格系の疾患については、精神障害に起因するものとは考え難いと言えます。	精神課中総
62	適用範囲	往診による医療は、公費負担医療の範囲に含まれるか。	往診による医療は公費負担医療の範囲に含まれます。なお、往診料についても公費負担が行われます。	精神課
63	適用範囲	初診料について公費負担は行われるか。	公費負担の申請のために行った初診については、公費負担は行われませんが、公費負担開始後に医療機関を変更した場合に変更後の医療機関で最初に行われた診察については、初診として公費負担が行なわれます。	精神課
64	適用範囲	院外処方せんを発行した場合は、処方料について公費負担は行われるか。	公費負担は行われます。	精神課
65	適用範囲	精神障害と直接関係のない傷病、例えば「風邪」、「糖尿病」などは、受給者証に記載された医療機関において精神医療を担当する医師によるものでも対象外とすべきか。	直接関係がないのであれば対象外です。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ことが原因であると医学的に判断される症例は対象となります。	精神課中総
66	適用範囲	知的障害は公費負担の対象となるか。	精神遅滞については、情動の障害や暴力、衝動行為、食行動異常等の行動の障害等を伴い、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、対象となります。	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
67	適用範囲	認知証は公費負担の対象となるか。	情動の障害や暴力、衝動行為、食行動異常等の行動の障害等を伴い、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、対象となります。	精神課中総
68	適用範囲	現在病状が改善しているが、その状態を維持し、再発を予防するために通院医療を継続する場合は、公費負担の対象となるか。	対象となります。	精神課中総
69	適用範囲	精神疾患が原因で無為自閉・自発低下になり終日自宅で過ごすため、肥満になり、高血圧の治療が必要な場合、公費負担の対象となるか。	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ことが原因であると医学的に判断される症例は、精神障害に起因する病態として対象となります。	精神課中総
70	適用範囲	診断書の「備考欄」に記入すべき合併症は公費負担の対象とはならないのか。	備考欄には、当該精神障害に起因しない合併症が記入されるので、公費負担の対象とはなりません。	精神課中総
71	適用範囲	胃薬を処方する場合は公費として認められるか。	精神障害の治療薬の副作用のための処方であれば公費の対象となります。	精神課中総
72	適用範囲	花粉症に対する治療は公費の対象か。	花粉症は、精神障害に起因して生じた病態とはいえないので公費の対象となりません。	精神課中総
73	適用範囲	検査に関する公費負担の対応の範囲を教えてください。	検査についても当該精神障害に起因して生じた病態に対して行う場合は公費負担の対象となります。	精神課中総
74	適用範囲	院外処方せんで公費負担の対象と対象外の薬剤を処方する場合、その書き方、処方せん料、調剤料はどうなるか。	院外処方せんの書き方は、調剤薬局が公費負担の対象と対象でない薬剤が明確に分かるように記載してください。 処方せん料は、1回の通院で公費負担の対象と対象外を明確にするため処方せんを2枚にした場合でも、1回として数え、精神障害の薬剤が同時に処方されていれば公費負担の対象となります(1枚の処方せんでも、公費負担の対象と対象外が明確に分かれていれば問題ありません。) 調剤薬局における調剤料については、公費負担の対象と対象外を分けて処方せんが記載されていない場合は、公費負担の対象としてください。	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問 45、46 の回答に補足し、設問 46 の2 を追加しました (平成 18 年 11 月 10 日)。

注2) 設問 55 の回答に補足し、設問 75 の回答を修正し、設問 75 の2、75 の3 及び設問 85 から設問 105 までを追加しました (平成 19 年 1 月 24 日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
75	負担割合	医療保険加入手続中のため、被保険者証が発行されておらず、提示できない場合の負担割合はどうなるのか。	<p>加入手続中など、やむを得ない事情で被保険者証を提示できない場合については、2割公費負担医療の適用となり、保険分7割は一旦自己負担(加入手続き完了後、療養費払い)となります。残り1割も、1割分が上限額に達するまで自己負担となります。</p> <p>上限額管理票には、実際の窓口負担額ではなく、1割分のみを記載してください。</p> <p>レセプトの摘要欄には、「保険未加入(保険分自己負担)」と記入し、一部負担金欄には8割分(1割分が上限額を超えた場合は、7割分+上限管理分)を記載してください。</p> <p>請求先は、公費単独分として社保支払基金になります。</p> <p>患者様には、保険分7割については保険者に手続きを行い、療養費払いにより還付を受けるよう、御案内してください。</p> <p>なお、この場合、93助成分についてはレセプトで対応できないため、93助成分も療養費払いとなります。</p>	精神課中総支払基金
75 の2	負担割合	国保加入資格(義務)があるにも関わらず加入していない方や、社保に加入しているにも関わらず被保険者証を提示しない方の負担割合はどうなるのか。	<p>正当な理由がなく医療保険の加入手続きを行わない場合は、所得区分「一定以上」として取り扱われ、「重度かつ継続」の適用もないことから、公費負担の対象外となります(国要綱)。</p> <p>正当な理由がなく被保険者証を提示しない方についても、これに準じて、公費負担の対象外となります。</p> <p>自立支援医療においては、保険優先適用の考え方から、保険との併用が原則であり、正当な理由なく保険の適用を受けられない場合は、公費も適用されません(厚生労働省確認済み)。</p> <p>なお、被保険者資格証明書(保険料(税)滞納者)との関係については、国民健康保険法第9条第3項かっこ書き及び同条第8項の規定によります(公費負担医療を受けることができる者となったときは、被保険者証の交付を受ける)。</p>	精神課中総国保課
75 の3	負担割合	受給者証と上限額管理票のみ窓口で提示された患者様で、被保険者証が確認できない方の負担割合はどうなるのか。	<p>生活保護の方やNo.75及びNo.76のような例外ケースを除き、被保険者証の提示がない場合は、自立支援医療も適用を受けられないため、10割自己負担となります。</p> <p>生活保護の方については、受給者証の自己負担上限月額が0円となっていますので、それ以外の方については、窓口で被保険者証の確認を徹底してください。</p> <p>なお、生活保護以外の方(一部負担金のある方)について、公費単独での請求となっているレセプトについては、原則として返戻の対象となります。</p>	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
76	負担割合	外国人等で無保険の方(国保加入資格(義務)のない方)で受給者証を持つ方の負担割合はどうなるのか。	外国人の方でも、国保加入資格(義務)のある方については、保険に加入することが、公費適用の前提になります。 正当な理由により国保加入資格(義務)のない方(不法滞在者を除く)については、9割公費負担医療の適用となり、残り1割は、上限額に達するまで自己負担となります。 レセプトの摘要欄には、「国保加入資格なし」と記入し、公費①の一部負担金欄には1割分(上限額を超えた場合は上限管理分)を記載してください。 請求先は、公費単独分として社保支払基金になります。 なお、不法滞在者については、入管法上の届出義務が生じます。	精神課中総
77	指定医療機関	医師の指示により受給者証記載以外の医療機関に受診する場合どのように取り扱うか。	本制度は、原則として患者1人当たり一医療機関のみに適用されます。しかし、本制度の対象となる医療機関において、主治医が治療上必要と認め、なおかつその医療機関において行えない医療行為(精神障害又は精神障害に起因して生じた病態の診療に限ります。)については、本制度の適用を受けている医療機関(主たる医療機関)から他の医療機関(従たる医療機関)への依頼があった場合に、複数医療機関の受診ができます。 この場合、追加申請書と理由書を区市町村窓口に提出することにより、追加申請受理日から新たな医療機関で適用を受けることができます。	精神課中総
78	診断書	追加申請が認められて複数の医療機関に通っている場合、更新する時はそれぞれの診断書が必要か。	主たる医療機関の診断書のみで構いませんが、改めて追加申請を行う必要があります(更新申請書とは別途、追加申請書と理由書が必要です。)	精神課中総
79	診断書	既に手帳の交付を受けている者が「重度かつ継続」に該当しない申請を行う場合、手帳が診断書に基づいて交付されたものであり、有効期間が1年以上残っている場合は、診断書を要せず、手帳をもって支給認定できる旨の記載があるが、これは例えば、手帳と精神通院医療を同時に支給認定を受けた場合、1年後の精神通院医療の更新申請の際、①当該手帳をもって更新できるとの解釈か、それとも②あくまでも精神通院医療の更新については手帳の有無にかかわらず必ず1年ごとに診断書が必要であるとの解釈になるのか。	②のとおりとなります。 診断書によらず、手帳で申請ができるのは、新規の場合に限りです。 更新の際には、手帳の有無にかかわらず診断書が必要です。なお、手帳の更新時には、1枚の手帳用診断書に基づき、手帳の更新と精神通院医療の更新の手続きを同時に行うことができます。	精神課中総



自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
80	上限額管理票	同一「世帯」内に、自立支援医療の受診者が複数いる場合、負担上限月額は、①各受診者ごとに勘案するのか、それとも②「世帯」単位で勘案するのか。 例えば、同一「世帯」にA(障害者)とその配偶者B(障害者)がいる場合であって、かつ、所得区分が低所得2(負担上限月額5000円)になる場合について、負担上限月額は、①Aにつき5000円・Bにつき5000円となるのか、それとも②AとBとをあわせて5000円となるのか。	①によることとなります。 医療保険制度における高額療養費制度においては、公費負担医療に係る患者負担も含め、世帯合算を行っていますが、自立支援医療において固有の世帯合算は行われません。	精神課中総
81	上限額管理票	有効期間が月の途中から支給開始(又は月の途中で終了)する場合でも、月額自己負担限度額は日割り計算は行わず、月額自己負担限度額まで徴収するということか。	そのとおりです。月の途中から開始(又は月の途中で終了)する場合でも負担上限月額に変更はありません。	精神課中総
82	上限額管理票	3か月分の薬剤が処方された場合、上限額管理票には①処方月に3か月分の薬剤費に対する自己負担額を記載②薬剤費を3等分して処方月から3か月間各月の薬剤費相当分に対する自己負担額を記載のいずれの方法を取ればよいのか。	①の取扱いによってください。	精神課中総
83	指定医療機関	指定自立支援医療機関ではない医療機関や指定はされていないが、受給者証に記載されていない自立支援医療機関から処方された処方せん(即ち、自立支援医療の適用を受けずに処方された処方せん)を持って、指定自立支援医療機関である薬局に来た場合、薬局では自立支援医療を適用できるのか。	指定自立支援医療機関でありかつ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に係る医療の一環として発行された処方せんでなければ、受給者証に記載された指定自立支援医療機関である薬局であっても自立支援医療を適用することはできません。	精神課中総
84	保険種別	生活保護の方が、社会保険に加入したが引き続き生活保護を受給する場合は、変更届が必要か。	必要です。 保険種別が生活保護から社会保険に変わり、所得区分は生活保護のままとなります。	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
85	負担割合	生活保護の方の負担割合は18年4月から変わったのか。	<p>本人負担なしという点では同じですが、精神通院(21)と医療扶助(12)の負担割合が変わっています。</p> <p>18年3月以前分は、21の対象点数についても5%分は12の負担となります。レセプトについては、21(公費①)・12(公費②)両方の番号を記載し、請求点数は公費①に記載します(分点数がある場合は、21の対象点数を公費①に、総点数を公費②に記載)。</p> <p>18年4月以降分は、21の対象点数については、生保の方は21が100%負担するため、12は使いません。レセプトについては、21(公費①)の番号のみを記載し、請求点数は公費①に記載します(分点数がある場合は、12(公費②)の番号も記載し、21対象点数を公費①に、21対象外の点数を公費②に記載)。</p>	精神課中 総支払基金
86	負担割合	21とマル福・マル障・マル親を併用することは可能か。	<p>いずれの制度も原則1割負担のため、原則としてマル福・マル障・マル親との併用はありません。</p> <p>ただし、21の自己負担額がマル福・マル障・マル親の自己負担限度額(レセプト単位、外来12,000円)を超える場合、その超過分について、21の自己負担上限額(患者単位、この場合は20,000円又は上限なし)に達するまでを限度としてマル福・マル障・マル親により助成します。</p> <p>また、住民税非課税者本人でマル障・マル親を持っている場合(かつ住民税課税世帯で93適用外の場合)は、マル障・マル親が全額負担(自己負担なし)となるため、21の上限額に達するまでを限度とした1割分をマル障・マル親により助成します。</p> <p>マル福・マル障・マル親助成額が発生しても、上限額管理票には、21の上限額に達するまでの1割分を記載します。レセプトの一部負担金額欄も同様に、1割分(上限額を超えた場合は各医療機関ごとの上限管理額)を記載します。</p> <p>マル福の請求は併用レセプトで、マル障・マル親の請求は10名連記の請求用紙で、国保連合会あてに行います(都外医療機関の場合は、マル福・マル障は10名連記で都医療助成課あて請求、マル親は区市町村担当窓口で償還払い)。</p> <p>なお、93の対象者の場合は、マル福・マル障・マル親よりも93の適用を優先します。</p>	精神課助 成課

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問 45、46 の回答に補足し、設問 46 の 2 を追加しました (平成 18 年 11 月 10 日)。

注2) 設問 55 の回答に補足し、設問 75 の回答を修正し、設問 75 の 2、75 の 3 及び設問 85 から設問 105 までを追加しました (平成 19 年 1 月 24 日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
87	負担割合	21 とマル乳を併用することは可能か。	<p>21 の自己負担額 1 割分について、21 の自己負担上限額に達するまでを限度としてマル乳により助成します。</p> <p>マル乳助成額が発生しても、上限額管理票には、21 の上限額に達するまでの 1 割分を記載します。レセプトの一部負担金欄も同様に、1 割分 (上限額を超えた場合は各医療機関ごとの上限管理額) を記載します。</p> <p>マル乳の請求は 10 名連記の請求用紙で、国保連合会あてに行います (都外医療機関の場合は、区市町村担当窓口で償還払い)。</p> <p>なお、93 の対象者の場合は、93 の適用を優先します。</p>	精神課助成課

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
88	レセプト	新規申請の場合で、申請日以前の公費適用外の請求のレセプト記載方法は。	<p>請求点数を21対象分と対象外に分けて分点方式で記載してください。レセプトを2枚に分ける必要はありません。</p> <p>公費対象の範囲が分かるように、摘要欄に公費適用開始日等を記入してください。</p> <p>ただし、元々21を持っている受給者が、93の申請手続きもれがあった場合で、月の途中から93の適用を受ける場合は、次によってください。</p> <p><b>【社保支払基金への請求(社保+93133007)】</b></p> <p>21のみ対象分(公費①)と21+93対象分(公費②)に分けて分点方式で記載してください(一部負担金額もそれぞれ記載してください)。</p> <p>都外医療機関の場合は、93はそもそもレセプトで対応できないため、当月に限らず、10名連記で都精神保健福祉課あて請求又は償還払いとなります。</p> <p><b>【国保連合会への請求(都内国保+93132009又は都内老保+93133007)】</b></p> <p>当月は93をはずして請求してください。当月の93助成金額は、区市町村担当窓口(93132009の場合)又は都精神保健福祉課(93133007の場合)で償還払いとなります。</p> <p>都外医療機関の場合は、93はそもそもレセプトで対応できないため、当月に限らず、93132009は区市町村担当窓口で償還払い、93133007は10名連記で都精神保健福祉課あて請求又は償還払いとなります。</p>	精神課支払基金国保連
89	受給者証	脳神経外科で、てんかんと診断で自立支援医療を申請し受給者証の交付を受けた方が、その受給者証を使って、同一医療機関内の精神科にかかることはできるか。	可能です。	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
90	上限額管理票	他県で自立支援医療の認定を受けている方が、都内へ転居し、転入手続きをした場合、上限額管理票に加算されてきた額は、どのような扱いとなるか。	加算された月額自己負担額は、同月内は、そのまま引き継がれますので、転入後に改めて0円からのスタートとはなりません。	精神課中総
91	上限額管理票	月額上限額は、各指定医療機関(医療機関、薬局、訪問看護事業者)ごとに把握するのか。	月額上限額の積算は、指定医療機関(医療機関、薬局、訪問看護事業者)の合算で求めることから、各機関単位に個々に把握するものではありません。	精神課中総
92	受給者証	受給者証の更新申請の手続きは、いつからできるのか。	有効期間満了日の3か月前から手続きをすることができます。 例) 9月30日が満了日であれば、7月1日からとなる。	精神課中総
93	その他	自立支援医療を希望していながら、ご本人で申請手続きが行えない状態にある方がいる場合、どのように対応すべきか。	自立支援医療費制度においては、受診者本人による申請が必要とされており、(本人が18歳未満の場合は、その保護者が申請者となる)医療機関による代理申請は認められていません。 なお、個別の内容については、受付窓口や都にお問い合わせください。	精神課中総
94	受給者証	受給者証に記載のある医療機関名の印字に誤りがあった場合、どのような対応をしたらよいか。	その際は、誠に申し訳ありませんが区市町村窓口又は中総センターまで、ご連絡をお願いします。改めて、正しい受給者証を再発行いたします。	精神課中総
95	その他	障害者手帳と自立支援医療受給者証の同時申請(更新)が可能なのは、どのような場合か。	いずれも、有効期間満了日の3か月前から更新申請ができることから、この範囲で同時期に更新時期をむかえている場合に限り、同時申請ができます。	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
96	その他	21(所得区分が低1・低2に該当として申請)と93を申請したにもかかわらず、交付された受給者証を確認したら、93認定がないケースがあったが、どういう理由か。	まず申請の際は、区市町村窓口で所得区分に関する申請内容についても一定の確認を行い、都(中総センター)に申請書類を送付しています。その後、都において、それらの申請内容を精査します。このため、21は認定となっても、93の認定にはならない(⇒審査結果として所得区分が低1・低2以外であった)と決定される場合があります。	精神課中総
97	診断書	有効期間は自立支援医療が1年と定められ、精神障害者手帳は従前どおり2年のままである。また、医療と手帳の更新時期が重なる場合は、別々に申請する場合より認定までの時間は要するものの、同時申請が可能とも聞いている。しかしながら、病院としては、管理上、常に別々に申請処理をしたいと考えているがどうか。	同時申請の場合、基本的に手帳用診断書の提出により自立支援医療用診断書をも兼ねる取扱いとなります。このことから、患者様の経済的負担(診断書料)に配慮を要する場合は、同時申請を前提に処理を進めていただけるようお願いいたします。	精神課中総
98	レセプト	他院で自立支援医療を受けていた患者様が、医療機関変更申請を行い、当院に転院となった。医療機関変更後の受給者証が交付され、それを当院で確認するまでの間はレセプト処理を止め、窓口負担は1割で処理していた。ところが、その受給者証が交付される前に、再びご本人の希望で、転院することになってしまった。このような場合、レセプト処理はどのようにしたら良いのか。	患者様に受給者証を交付するとともに、医療機関あてに認定結果のお知らせを送付しておりますので、それによりご確認をお願いします。	精神課中総
99	適用範囲	精神科専門療料(項目:通院精神療法)の算定においては、患者様本人に対して行った場合に限らず、ご家族のみの来院により患者様本人に係る相談を受け指導を行った場合も自立支援医療の対象となるか。	患者様(受給者)に関する診療報酬の対象となる場合は、公費負担の対象となります。	精神課中総

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問 45、46 の回答に補足し、設問 46 の2 を追加しました (平成 18 年 11 月 10 日)。

注2) 設問 55 の回答に補足し、設問 75 の回答を修正し、設問 75 の2、75 の3 及び設問 85 から設問 105 までを追加しました (平成 19 年 1 月 24 日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
100	指定医療機関	指定医療機関の指定申請手続きについて	都内の医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業者）の場合、都の窓口申請して頂くことになります。手続きに関する書類は、都のホームページ「東京都障害者サービス情報」からもダウンロードできます。 問い合わせ先は、東京都福祉保健局 障害者施策推進部 計画課 事業者指定係（電話 03-5320-4149）となります。	計画課
101	指定医療機関	指定医療機関・薬局・訪問看護ステーションの名称が変わった場合、どのような手続きが必要か。	医療機関・薬局等から都（福祉保健局障害者施策推進部計画課事業者指定係）に変更届（保険医療機関・薬局コードが変わる場合は新規申請）が必要と同時に、患者様からも区市町村窓口で医療機関・薬局等の変更届が必要です。 このような場合は、混乱がないように、一定の周知期間を設けて事前に患者様に説明していただくようお願いします。	精神課中 総計画課
102	指定医療機関	指定医療機関・薬局等の所在地や開設者が変わった場合、どのような手続きが必要か。	医療機関・薬局等から都（福祉保健局障害者施策推進部計画課事業者指定係）に変更届（保険医療機関・薬局コードが変わる場合は新規申請）が必要ですが、名称が変わらず実質的に同一の医療機関・薬局等であると客観的に認識できる場合には、患者様の手続きは不要です（受給者証の更新手続きの際に、医療機関・薬局等の新しい所在地が印字されるように処理します）。	精神課中 総計画課

自立支援医療(精神通院医療) についてのQ&A

注1) 設問45、46の回答に補足し、設問46の2を追加しました(平成18年11月10日)。

注2) 設問55の回答に補足し、設問75の回答を修正し、設問75の2、75の3及び設問85から設問105までを追加しました(平成19年1月24日)。

設問	区分	質問内容	回答	所管部署
103	その他	現在、身体・知的障害者施設、精神障害者施設等に入所している障害者が、自立支援医療を受けようとする場合は、どこの窓口申請すれば良いのか。	精神通院医療については、法律上、居住地特例の適用はありませんが、次のとおりとなります。 実施主体は、施設入所の前に居住地を有していた都道府県となります(国Q&A)。 東京都が支給決定を行う障害者については、申請の窓口となる区市町村は、施設入所中であっても、原則どおり現在居住地を有する区市町村(障害児の場合は保護者が居住地を有する区市町村)となります。 ただし、都外施設入所者については、東京都が支給決定を行う場合は、支援費等を負担している区市町村(施設入所の前に居住地を有していた区市町村)となります(17福保障精第1102号)。 また、施設に入所して保護を受けている生活保護受給者については、生活保護を行っている区市町村となります(17福保生保第892号)。	精神課中総保護課
104	その他	国保で自立支援医療の適用を受けていた患者様が他県に転出した場合、国保と自立支援医療各々について、他県において転入手続きが必要になるが、それぞれの手続きの時期がずれたために他県における適用開始日が国保と自立支援医療で異なった場合、どうなるか。	適用開始日が異なる場合、例えば他県の国保と都の自立支援医療の併用とすることも一時的にはやむを得ませんが、他県に転入後、速やかに各々の手続きを行っていただく必要があります。	精神課中総国保課
105	所得区分	中間所得層の方が低所得1・2に所得区分変更の申請をするのと同時に医療費助成制度(93)の申請をした場合、それぞれ適用日はいつからとなるか。	所得区分変更：申請受理日の翌月1日から適用 医療費助成：申請受理日から適用(申請受理日以降、当該月は中間所得層の月額自己負担上限額まで93で助成します。) ※国保93は申請受理日の翌月1日から適用	精神課中総国保課

※ 「所管部署」欄の記載は略して表示していますが、正式名称及び問い合わせ先は、以下のとおり。

中総⇒都立中部総合精神保健福祉センター 広報援助課 医療審査係 (TEL03-3302-7871)

支払基金⇒東京都社会保険診療報酬支払基金 審査企画部 企画調整第1課 (代表TEL03-3987-6181)

国保連⇒東京都国民健康保険団体連合会 企画事業部 管理課 (TEL03-6238-0321)

精神課⇒東京都福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健・医療課 (TEL03-5320-4466・4464) (以下「東京都福祉保健局」までは同じ。よって、部課名のみ表示。)

保護課⇒生活福祉部 保護課 (TEL03-5320-4065)

国保課⇒生活福祉部 国民健康保険課 (TEL03-5320-4166)

助成課⇒保健政策部 医療助成課 (TEL03-5320-4453)