**【自立支援医療（精神通院）の重度かつ継続に係る判定】フローチャート**　　　　（別紙）

自立支援医療（精神通院）の重度かつ継続に係る判定

（「重度かつ継続」に該当かつ主たる精神障害のＩＣＤカテゴリーがＦ40～Ｆ99の場合は、診断する医師の略歴について、ア・イ・ウのうち該当する項目に○印をつけること。）

　Ａ該当　　Ｂ非該当

ア精神保健指定医　イ精神科医（３年以上精神医療に従事）

ウその他の医師（３年以上精神医療に従事）←内科・小児科におけるてんかん・発達障害等の治療を含む。

自立支援医療用診断書

精神障害者保健福祉手帳用診断書

自立支援医療と同時申請

手帳のみ申請

記載不要

Ｆ００～Ｆ３９又はＧ４０

Ｆ４０～Ｆ９９

記載不要

精神障害のため、計画的・集中的な通院医療の継続

（状態の維持、悪化予防のための医療を含む。）

必　要

必要でない

「Ｂ非該当」に○印

「A該当」に○印

｢ｱ｣｢ｲ｣｢ｳ｣の医師

｢ｱ｣｢ｲ｣｢ｳ｣以外の医師

｢ｱ｣｢ｲ｣｢ｳ｣の該当

する項目に○印

｢ｱ｣｢ｲ｣｢ｳ｣に該当する医師が、別途「重度かつ継続」の意見書を作成。

｢ｱ｣｢ｲ｣｢ｳ｣に該当

する医師が判定。その医師の氏名を連名で記載。

＜参考＞「重度かつ継続」の対象となるのは、次のいずれかに該当する方です。

　　　　　　①　F00～F39又はG40

　　　　　　②　３年以上の精神医療の経験を有する医師により、「精神障害のために計画的・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」と診断された者

　③　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者

**【自立支援医療（精神通院医療）の利用者負担額】**

　自己負担額は、原則として医療費の１割負担となりますが、世帯の所得水準等に応じて１月当たりの負担上限額が設けられています。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一定所得以下 | | | 中間所得層 | | 一定所得以上 |
| 生活保護世帯 | 市町村民税非課税 | | 市町村民税課税世帯 | | |
|  | 本人収入  80万以下 | 本人収入  80万超 | 市町村民税所得割  3.3万円未満 | 市町村民税所得割  ～23.5万円未満 | 市町村民税所得割  23.5万円以上 |
| 【生保】 | 【低1】 | 【低2】 | 【中間1】 | 【中間2】 | 【一定以上】 |
| ０円 | 負担上限月額  ２５００円 | 負担上限月額  ５０００円 | 負担上限月額  医療保険の自己負担限度額 | | 公費負担の  対象外 |
| 負担上限月額  **重度かつ継続**  ５０００円 | 負担上限月額  １００００円 | 負担上限月額  ２００００円 |

※　所得区分が【生保】【低１】【低２】の方は、「重度かつ継続」の該当・非該当に関係なく、

　　　自己負担上限額が設定されている。