

令和5年度 被爆体験者精神医療受給者証(公費86) 改正について

1 医療費助成の対象疾患の拡大

医療費助成となる疾患が次のとおり拡大されました。

変更前 (R5. 3. 31 まで)	要綱に定められた疾患のうち、受給者証に記載されている対象精神疾患及び対象合併症のみ
変更後 (R5. 4. 1 から)	次の対象外疾患を除く、被爆体験による精神的要因に基づく健康影響に関連する全ての精神疾患及び関連する身体化症状・心身症 【対象外疾患】 ・がん(下記2の7種のがんを除く) ・感染症 ・外傷 ・遺伝性疾病 ・先天性疾病 ・被爆体験以前にかかった精神病 ・むし歯のうちC1、C2、Ce(エナメル質初期う蝕)

- 被爆体験による精神的要因に基づく健康影響に関連する全ての精神疾患及び関連する身体化症状・心身症か否かについては、原則的に主治医の判断となります。
- 保険診療の自己負担額分が公費負担医療86の対象です。
- 上記対象外疾患に該当せず、被爆体験による精神的要因に基づく健康影響に関連する全ての精神疾患及び関連する身体化症状・心身症であれば、公費請求が可能です。
(ただし、がんについては、下記2のとおり、受給者証に記載されたがんのみが公費請求が可能となります。)
- 対象外疾患は上記のとおりですが、請求があった疾患のうち、疑義が生じた場合は、後日文書で確認させていただく場合があります。
- 対象疾患が拡大されたことに伴い、対象合併症の認定及び追加申請手続きは廃止されました。ただし、経過措置により、旧受給者証をお持ちだった方は、旧制度の対象疾患について、合併症の追加申請を行うことが可能です。(償還できる期間は、申請から最大で1年間)

2 7種のがんの公費負担医療の対象

次の7種のがんが公費負担医療86の対象となりました。

対象となるがん (調査対象疾病)	胃がん 肝がん 膵がん 大腸がん 胆嚢がん 乳がん 子宮体がん
---------------------	---------------------------------

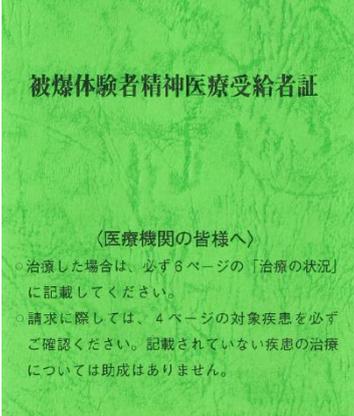
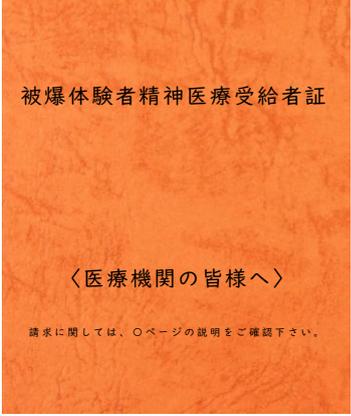
- 上記のがんの医療費助成を受けるためには、新受給者証(橙色)への切替が必要です。
- 新受給者証への切替後、追加申請が必要です。
- 申請後、がんの認定を受けた場合は、償還払いの申請ができます。
(償還払いの対象となる期間は、令和5年4月1日以降で申請日から最大1年間です。
詳しくは、決定通知等でお知らせします。)
- 償還払い手続きについては、下記をご参照ください。

HOME > 平和・原爆 > 被爆者援護 > 被爆者援護 > 医療費の払い戻し

[長崎市 | 医療費の払い戻し \(nagasaki.lg.jp\)](http://nagasaki.lg.jp)

3 受給者証の変更

制度改正に伴い、受給者証が新しくなりました。

変更前 (R5.3.31 まで)	変更後 (R5.4.1 から)
<p>旧受給者証</p> 	<p>新受給者証</p> 
・有効期間は3年間	・有効期間はなし
・若草色	・橙色
・認定された精神疾患と合併症の疾患名を記載	・認定された精神疾患とがんの疾患名を記載
・受診後は、治療を受けた疾患名の治療の状況ページの該当月に、医療機関名のスタンプを押印する	・治療状況ページのスタンプ欄は廃止
—	・切替申請書兼同意書の提出が必要

●旧受有者証をお持ちの方（新受給者証への切替が済んでいない方）であっても、経過措置により、受給者証に記載のない疾病についても公費請求が可能ですが、有効期間満了をもって受給者証が失効します。

※新受給者証への切替が済んでいない方が来院された場合は、お手数ですが調査課拡大地域支援係まで（TEL095-829-1290）ご連絡ください。

4 更新申請手続きの廃止

受給者証は3年に1回更新申請（意見書料5,000円程度の自己負担あり）が必要でしたが、令和5年4月以降は廃止になりました。

●1年に1回以上の精神科の受診は、引き続き必要です。受診の確認ができなかった場合、受給者証が失効することがあります。

（詳しくは、「5 受給者証の継続確認手続きの変更」をご参照ください。）

5 受給者証の継続確認手続きの変更

1年に1回、国民健康保険団体連合会からの連名簿データなどにより受診状況を確認していますが、受診確認の項目が次のとおり変更となりました。

なお、受診確認については、これまでと同様、旧受給者証の有効期間月ごとに行い、受診が確認できなかった方には、⑥の番号を記載した受診案内文書を送付します。

変更前 (R5. 3. 31 まで)	<ul style="list-style-type: none"> ●年度に1回の健康診断の受診 ●受給者証に認定された疾患の継続的な受診 ●年に1回以上の精神科受診
変更後 (R5. 4. 1 から)	<ul style="list-style-type: none"> ●年に1回以上の精神科受診

【医療機関様へのお願い】

- 受診状況を連名簿データのみで確認することとなるため、かかりつけ医で治療を行っている精神疾患については、できる限りレセプトへの病名記載をお願いします。
- 連名簿データにより受診の確認ができなかった場合は、これまで同様に電話で問い合わせを行うことがありますので、ご協力をよろしくをお願いします。

6 入院等の理由で精神科の受診が困難な方について

入院等の理由により、精神科を受診することが困難な方についての対応を次のとおり変更しました。

変更前 (R5. 3. 31 まで)	<p>かかりつけ医が治療等経過書を作成</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>精神科医は、かかりつけ医が作成した治療等経過書を確認しながら訪問診断を実施</p>
変更後 (R5. 4. 1 から)	<p>かかりつけ医が作成する「フォローアップシート」(P 4 参照)を提出することで、精神科受診を行ったものとみなす。 (これまでの訪問診断による方法も可能)</p>

- フォローアップシートは、対象者から医療機関へ作成依頼があります。作成依頼がありましたら、ご協力くださいますようお願いいたします。
- フォローアップシートの作成・提供については、治療等経過書と併せて契約を締結(医師会加入の医療機関は委任状を提出)しますので、作成料は市に請求してください。

対象精神疾患フォローアップシート

※本シートは、被爆体験者精神医療受給者証をお持ちの方で、精神科での受診が困難な方について精神疾患の状況等を報告いただくものです。

対象精神疾患は、被爆体験による精神的要因に基づいた疾患であることをご理解いただいたうえで、精神疾患の状況等について記載してください。

(ふりがな)	()	生 年 月 日	受 給 者 番 号
氏 名		大正 昭和 生	-
対象精神疾患			
1. 現在の症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2. 治療法	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> その他 { }	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> その他 { }	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> その他 { }
3. 治療の継続の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4. 今後の治療方針	<input type="checkbox"/> かかりつけ医で治療継続 <input type="checkbox"/> 精神科での治療必要あり 理由： { }	<input type="checkbox"/> かかりつけ医で治療継続 <input type="checkbox"/> 精神科での治療必要あり 理由： { }	<input type="checkbox"/> かかりつけ医で治療継続 <input type="checkbox"/> 精神科での治療必要あり 理由： { }
5. その他特記事項			
被爆体験に起因した対象精神疾患の状況等は、上記のとおりです。 年 月 日 医療機関所在地： 電話番号： () - 医療機関名： 医師名：			

7 介護（介護予防）サービス提供についての確認書の様式変更

受給者証をお持ちの方が、介護保険の医療系サービスを利用する場合、介護事業所等より「介護（介護予防）サービス提供についての確認書」の提出をお願いしています。

今回、対象となる疾患が拡大されることに伴い、確認書の様式を変更しました。

令和5年4月1日以降に、新たにサービスを利用する場合は、新様式により提出をお願いします。新様式は、下記よりダウンロードできます。

【確認書 新様式】HOME>平和・原爆・被爆体験者支援>介護事業所のみなさまへ

[長崎市 | 介護事業所のみなさまへ \(nagasaki.lg.jp\)](http://nagasaki.lg.jp)

8 県外居住者への事業拡大

これまでは、長崎県外へ転出した場合、受給者証を返還する必要がありましたが、令和5年度より、長崎県外に転出された場合でも継続して公費負担医療を受けられるようになります。

また、すでに県外に居住し、第二種健康診断受給者証を所持している分についても対象となります。

ただし、医療費の支給は、償還払いでの対応となります。

ご不明な点は、下記までお問合せください。

【お問合せ先】

長崎市原爆被爆対策部調査課

拡大地域支援係

TEL 095-829-1290