

被爆体験者精神影響等調査研究事業実施要綱

1. 目的

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精神疾患を有する者に対し、当該精神疾患（これに合併する身体化症状、心身症等がある場合は、当該身体化症状、心身症等を含む。）の治療等に係る医療費の支給を行うこと等により、その症状の改善、寛解及び治癒を図ることを目的とする。

2. 事業の実施

この事業は、厚生労働省が長崎県及び長崎市に委託して実施する。

3. 事業の内容

(1) 対象者

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則附則第2条の規定により第二種健康診断受診者証の交付を受けた者（原子爆弾が投下された際、胎児であった者を除く。）とする。

(2) 精神疾患に関する診断

被爆体験により精神疾患を発症した場合、当該疾患について被爆体験者精神医療受給者証（以下「精神医療受給者証」という。様式第1号）の交付を申請することができる。

ア 長崎県内に居住する者の診断について

(ア) 長崎県又は長崎市（以下「県市」という。）は、(1)の対象者から、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（以下「法」という。）第7条の規定に基づく健康診断を受けた後に申し出があったときは、県市が委託する病院又は診療所の精神科医師による精神疾患に関する診断を実施する。

(イ) 精神疾患に関する診断は、次に掲げるものとする。

① 精神疾患の有無に関する診断

② 精神疾患がある場合には、これが被爆体験以外の要因に起因するものであるか否かに関する診断

③ 精神疾患（被爆体験以外の要因に起因するものを除く。以下同じ。）がある場合には、その要医療性の有無に関する診断

(ウ) 精神疾患に関する診断を受けようとする者は、第二種健康診断受診者証中の健康診断の結果を記載した部分の写しを、診断を受けようとする県市が委託する病院又は診療所の精神科医師に提出しなければならない。

(エ) 精神疾患に関する診断を行った精神科医師は、診断の結果、要医療性を有する精神疾患が認められたときは、精神医学的診断に基づく意見書（以下「精神科医師意見書」という。様式第2号）及び診断個人票（様式第3号）にその結果を記載し、本人に交付する。この場合、上記（イ）②の診断結果を下すことが困難なときは、その旨を記載する。

(オ) この場合、県市は、申し出のあった者に対し、被爆体験に起因する不安の軽減を図るため、医師、保健師等による健康教育等を実施する。

イ 長崎県の区域外に居住する者（以下「長崎県外居住者」という。）の診断について

(ア) 長崎県外居住者について、アで定める診断を準用する。

(イ) 長崎県外居住者に限り、病院又は診療所の精神科医師により精神科医師意見書及び診断個人票（様式第3号）の取得が困難な場合は、精神疾患の診断書を提出することで精神科医師意見書及び診断個人票（様式第3号）を提出したとみなすことができる。

(ウ) 県市は、長崎県外居住者に対し、上記（イ）の診断書取得に要した費用（文書作成料を除く）について、審査の結果、精神医療受給者証を取得した場合に限り、償還払いできるものとする。

精神医療受給者証を取得し、診断書取得に要した費用を請求する者は、被爆体験者精神医療費支給申請書（様式第4号）に診断書取得に要した費用を支払ったことを証明する書類（領収書等）を添えて県市に申請しなければならない。

（3）診断の委託

ア 県市は、必要に応じ、（2）アの精神疾患に関する診断を病院又は診療所の精神科医師のうち、精神医学的診断に基づいて精神疾患に関する診断を適切に実施することができる者と認められる者に、これらを委託することができる。

イ 県市は、上記アの委託を行うときは、当該精神科医師との間で、報告並びに診療録及び帳簿書類その他の物件の提示を求め、職員による質問を行うこと等に関し、契約を締結するものとする。

（4）精神医療受給者証の交付に関する審査

ア 県市は、精神疾患に関する診断の結果、要医療性を有する精神疾患が認められた者（（2）ア（エ）後段による記載を受けた者を含む。）から申請があったときは、被爆体験者精神医療受給者証の交付に関する審査（以下「交付審査」という。）を実施する。

イ 交付審査を受けようとする者は、被爆体験者精神医療受給者証交付申請書（様式第5号）に第二種健康診断受診者証中の番号、居住地、氏名、生年月日、発行者、健康診断の結果を記載した部分の写し及び次に掲げる①または②の書類を添付して、県市に提出しなければならない。

①（2）ア（エ）により精神疾患に関する診断の結果が記載された精神科医師意見

書及び診断個人票（様式第3号）

②（2）イ（イ）により取得した診断書及び健康状態に関する説明書（様式第6号）

ウ 県市は、精神医学に関する専門家で構成する被爆体験者精神医療受給者証審査会（以下「審査会」という。）を設置の上、交付審査に当たっては、その合議による意見を聴くものとする。

エ 県市は、交付審査の結果、要医療性を有する対象精神疾患の治療等に係る医療費の支給を行うことが適当と認めるときは、その疾患名等を記載した精神医療受給者証を交付する。

この場合、県市は、被爆体験に起因する不安の軽減を図るため、医師、保健師等による健康教育等を実施する。ただし、（2）ア（オ）の健康教育を受けている者については、この限りではない。

オ 精神医療受給者証の交付日は、上記イの申請があった日とする。

カ 県市は、被爆体験者精神医療受給者証交付台帳（以下「交付台帳」という。様式第7号）を備え、精神医療受給者証を交付したときは、その交付に関する事項を記載する。

（5）医療費の支給

ア 県市は、精神医療受給者証の交付を受けている者（以下「精神医療受給者証所持者」という。）が、次のイに定める医療費の支給の対象とする疾病について、医療機関から治療等を受けたときは、これを審査の上、その者に対し、当該治療等に要した費用の額を限度として、予算の範囲内で医療費を支給することができる。

ただし、当該精神医療受給者証所持者が、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法（他の法律において準用し、又は例による場合を含む。）若しくは地方公務員等共済組合法（以下「社会保険各法」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法、労働基準法、労働者災害補償保険法、船員法若しくは独立行政法人日本スポーツ振興センター法の規定により医療に関する給付を受け、若しくは受けることができたとき、又は当該治療等が法令の規定により国若しくは地方公共団体の負担による医療に関する給付として行われたときは、当該治療等に要した費用の額から当該医療に関する給付の額を控除した額（その者が社会保険各法による療養の給付を受け、又は受けることができたときは、当該療養の給付に関する当該社会保険各法の規定による一部負担金に相当する額とし、当該医療が法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療の現物給付として行われたときは、当該医療に関する給付について行われた実費徴収の額とする。）の限度において支給するものとする。

イ 医療費の支給の対象とする疾病は、以下（ア）～（キ）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・心身症とする。

- (ア) がん
- (イ) 感染症
- (ウ) 外傷
- (エ) 遺伝性疾病
- (オ) 先天性疾病
- (カ) 被爆体験以前にかかった精神病
- (キ) むし歯のうち C1、C2、Ce (エナメル質初期う蝕)

ウ 上記アの治療等に要した費用の額の算定については、健康保険及び高齢者医療の診療報酬並びに介護保険の介護給付費の例による。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。

エ 精神医療受給者証所持者は、次のオにより県市が委託する医療機関（以下「委託医療機関」という。）を受診し医療費の支給を受けようとするときは、当該精神医療受給者証を受診のつど委託医療機関に提出しなければならない。ただし、緊急その他やむを得ない理由があるとき及び委託医療機関以外を受診するときはこの限りでない。

オ 県市は、必要に応じ、病院若しくは診療所（健康保険法第 88 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者及び介護保険法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護を行う者に限る。）又は同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第 8 条の 2 第 3 項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。）を含む。以下同じ。）又は薬局のうち、精神医療受給者証所持者に対する治療等を適切に実施することができると認められる者に、治療等を委託することができる。

カ 医療機関において治療等に当たる医師は、その治療等の経過を明らかにした書類（以下「治療等経過書」という。）を作成し、県市から求めがあったときは提出する。また、次に掲げるときには、それぞれその旨を精神医療受給者証所持者に説明するとともに、当該精神医療受給者証に記載する。

- ① 当該精神医療受給者証に記載されている精神疾患の全部又は一部が認められなくなったとき（要医療性がなくなったときを含む。）
- ② 当該精神医療受給者証に記載されている精神疾患の全部又は一部が、被爆体験以外の要因に起因するものであることが判明したとき

キ 県市は、上記オの委託を行うときは、当該病院若しくは診療所又は薬局との間で、報告並びに診療録及び帳簿書類その他の物件の提示を求め、職員による質問を行うこと等に関し、契約を締結するものとする。

ク 医療機関の治療等の方針は、健康保険及び高齢者医療の診療方針並びに介護保険の運営基準の例による。

ケ 医療費の支給の対象とする治療等の範囲は、次のとおりとする。

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- ④ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑥ 移送

なお、介護保険法の規定による医療に関する給付（同法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護、同条第 5 項に規定する訪問リハビリテーション、同条第 6 項に規定する居宅療養管理指導、同条第 8 項に規定する通所リハビリテーション、同条第 10 項に規定する短期入所療養介護、同条第 25 項に規定する介護保健施設サービス、同条第 26 項に規定する施設サービス（介護福祉施設サービスを除く。）、健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）附則第 130 条の 2 第 1 項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 26 条の規定による改正前の介護保険法第 8 条第 26 項に規定する介護療養施設サービス、介護保険法第 8 条の 2 第 3 項に規定する介護予防訪問看護、同条第 4 項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第 5 項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同条第 6 項に規定する介護予防通所リハビリテーション、同条第 8 項に規定する介護予防短期入所療養介護）についても、対象とする。

コ 区市は、精神医療受給者証所持者が委託医療機関から治療等を受けた場合には、医療費としてその者に支給すべき額の限度において、その者が当該治療等に関し当該委託医療機関に支払うべき費用を、その者に代わり、当該委託医療機関に支払うことができる。

ただし、次のシにより支給される医療費は、この限りでない。

サ 上記コによる支払があったときは、その者に対し、上記アの医療費の支給があったものとみなす。

シ 精神医療受給者証所持者は、委託医療機関以外の者から治療等を受けた場合、又は緊急その他やむを得ない理由により委託医療機関に当該精神医療受給者証を提出せずに治療等を受けた場合に、医療費の支給を受けようとするときは、速やかに、被爆体験者精神医療費支給申請書（様式第 4 号）に次に掲げる書類を添付して、区市に提出しなければならない。

- ① 当該治療等に要した費用のうち自己負担分として支払った額を証する書類
- ② 治療等の内容を具体的に記載した書類（当該治療等を行った医師が作成したもの）

ス 区市は、精神医療受給者証所持者に次の（6）アの返還事由が生じたときは、それ以後、返還前に行われた治療等については、医療費の支給は行わない。

セ 区市は、精神医療受給者証所持者が、正当な理由なく治療等に関する指示に従わな

かったときその他必要があると認めるときは、医療費の支給の全部又は一部を行わないことができる。

(6) 精神医療受給者証の返還等

ア 精神医療受給者証所持者は、次のいずれかに該当するときは、当該精神医療受給者証を速やかに県市に返還しなければならない。なお、③の場合にあっては、戸籍法の規定による死亡の届出義務者が、これを行わなければならない。

- ① 当該精神医療受給者証に記載されている精神疾患の全部が認められなくなったとき（要医療性がなくなったときを含む。）
- ② 当該精神医療受給者証に記載されている精神疾患の全部が、被爆体験以外の要因に起因するものであることが判明したとき
- ③ 死亡したとき
- ④ 当該精神医療受給者証を失い、次のウにより再交付を受けた後、失った精神医療受給者証を発見したとき

イ 精神医療受給者証所持者は、次のいずれかに該当するときは、速やかに県市に届出て、当該精神医療受給者証の書き換えを受けなければならない。

- ① 当該精神医療受給者証に記載されている精神疾患の一部が認められなくなったとき（要医療性がなくなったときを含む。）
- ② 当該精神医療受給者証に記載されている精神疾患の一部が、被爆体験以外の要因に起因するものであることが判明したとき

ウ 精神医療受給者証所持者は、長崎県の担当区域から長崎市の担当区域へ、又は長崎市の担当区域から長崎県の担当区域へ居住地を変更したときは、30日以内に当該精神医療受給者証を添えて、新居住地を担当する県市にその旨を届け出なければならない。

県市は、届出を受理したときは、精神医療受給者証の再交付を行い、交付台帳に記載するとともに、旧居住地を担当する県市に通知する。当該通知を受けた県市は、交付台帳から当該精神医療受給者証所持者に関する記載事項を抹消する。

また、県市の担当する区域は次のとおりとする。

① 長崎県の担当区域

鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県（長崎市を除く）、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

② 長崎市の担当区域

北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、長崎市

エ 精神医療受給者証所持者は、これを破り、汚し、又は失ったときは、県市に再交付を申請することができる。この場合、失ったときを除き、申請書に当該精神医療受給者証を添付しなければならない。

県市は、再交付を行ったときは、交付台帳にその旨を記載する。

オ 精神医療受給者証所持者は、氏名を変更したとき、又は長崎県の担当区域内若しくは長崎市の担当区域内において居住地を変更したときは、当該精神医療受給者証を添えて、居住地を担当する県市にその旨を届け出なければならない。

県市は、届出を受理したときは、当該精神医療受給者証の氏名又は居住地を変更した上で返還するとともに、交付台帳の記載を変更する。

(7) 精神医療受給者証における検認等

ア 県市は、精神医療受給者証の交付日から起算して1年ごとに、精神科医師の関与、継続的な治療の状況、対象精神疾患の要医療性等を審査支払機関が作成した連名簿等により確認する。

ただし、日常生活動作（ADL）の低下に伴い移動が困難な状態であることや、長期入院中である等のやむを得ない理由で受診が困難であることが認められる者については、かかりつけ医等が記載した対象精神疾患フォローアップシート（様式第8号）の提出をもって、確認したこととみなすことができる。

イ 県市は、連名簿等により、上記アによる確認ができない者については、精神疾患についての受診勧奨を行うものとする。受診勧奨を行った日から、6ヶ月以内に上記アによる確認ができない者に対しては、(6)ア及び(6)イにより、精神医療受給者証の返還等を求めなければならない。

ただし、受診ができないことについて、やむを得ない理由が認められる者については、県市が委託した精神科医師による診断を実施することができる。

ウ 県市は、上記イのただし書きに記載する診断を実施するにあたり、記載精神疾患の治療等に当たる医師（かかりつけ医等）に治療等経過書を提出させ、診断を実施する精神科医師に提供するものとする。

エ 上記イのただし書きに記載する診断を行った精神科医師は、診断の結果を、治療等経過書に記載し、県市に提出するものとする。

オ 県市は、上記ウ及びエにより次の①、②の治療等経過書の提出があったときは、上記(4)ウを準用し、精神医療受給者証の審査を行うものとする。

① 記載精神疾患の治療等に当たる医師が作成した治療等経過書

② 精神科医師が作成した治療等経過書

カ 県市は、上記オの審査の結果、要医療性を有する精神疾患等の治療に係る医療費の支給を行うことが適当と認めたときは、被爆体験による不安の軽減を図るため、医師、保健師等による健康教育等を実施する。

キ 県市は、上記アによる対象精神疾患フォローアップシート（様式第8号）及び上記

ウによる治療等経過書の作成について、(5)オの委託医療機関に委託することができる。

ただし、(5)オの委託医療機関以外の医療機関において作成する際は、対象精神疾患フォローアップシート（様式第8号）及び治療等経過書の取得に要した費用について、精神医療受給者証所持者に対し(2)イ(ウ)を準用し支給することができる。

ク 上記キのただし書きにより、支給を受けたい者は、対象精神疾患フォローアップシート作成費用支給申請書（様式第9号）に対象精神疾患フォローアップシート作成に要した費用を支払ったことを証明する書類を添えて提出しなければならない。

(8) 精神医療受給者証への新規発症疾患の追加

精神医療受給者証所持者が、精神医療受給者証に記載されている疾患以外の精神疾患(以下、「新規発症精神疾患」という。)を発症した場合、当該疾患について、精神医療受給者証への追加を申請することができる。

ア 新規発症精神疾患の追加

(ア) 新規発症精神疾患を追加しようとする者から申請があったときは、県市は、病院又は診療所の精神科医師による新規発症精神疾患追加に関する診断を実施する。

(イ) 新規発症精神疾患追加に関する診断を受けようとする者は、健康状態に関する説明書（様式第6号）を診断を受けようとする病院又は診療所の精神科医師に提出しなければならない。ただし、精神科医師が必要としない場合は、省略することができる。

(ウ) 新規発症精神疾患追加に関する診断を行った精神科医師は、当該精神医療受給者証に記載されている対象精神疾患以外に、要医療性を有する精神疾患が認められたときは、精神科医師意見書及び診断個人票（様式第3号）にその結果を記載し、精神医療受給者証所持者に交付する。

(エ) 新規発症精神疾患追加に関する診断を行った精神科医師は、診断の際に、対象精神疾患が被爆体験以外の要因に起因するものであるか否かに関する診断を下すことが困難なときは、精神科医師意見書及び診断個人票（様式第3号）に、その旨を記載する。

(オ) 長崎県外居住者に限り、病院又は診療所の精神科医師より精神科医師意見書及び診断個人票（様式第3号）の取得が困難な場合は、精神疾患の診断書を提出することで精神科医師意見書及び診断個人票（様式第3号）を提出したとみなすことができる。

(カ) 新規発症精神疾患を精神医療受給者証へ追加しようとする者は、疾患追加申請書（様式第10号）を県市へ提出しなければならない。

ただし、上記(オ)により診断書を取得した者は、当該診断書及び健康状態に

関する説明書（様式第6号）を添付しなければならない。

（キ）県市は、長崎県外居住者に対し、上記（オ）の診断書取得に要した費用について、審査の結果、新規発症精神疾患が認められた場合に限り、（2）イ（ウ）を準用し支給することができる。

（ク）県市は、必要に応じ、上記（ア）の新規発症精神疾患追加に関する診断を病院又は診療所の精神科医師のうち、精神医学的診断に基づいて精神疾患に関する診断を適切に実施することができるものと認められる者に、これらを委託することができる。

イ 新規発症精神疾患追加に関する審査

（ア）県市は、新規発症精神疾患追加に関する診断の結果、要医療性を有する対象精神疾患が認められた者（上記ア（エ）による記載を受けた者を含む。）から申請があったときは精神医療受給者証の新規発症精神疾患追加に関する審査（以下「新規発症精神疾患追加審査」という。）を実施する。

審査の実施については、上記（4）ウを準用する。

なお、県市は、必要があると認められるときは、精神医療受給者に対し、健康状態に関する説明書（様式第6号）の提出を求めることができる。

（イ）県市は、新規発症精神疾患追加審査の結果、要医療性を有する精神疾患の治療を行うことが適当と認めたときは、その疾患名等を精神医療受給者証に記載する。

この場合、県市は、被爆体験による不安の軽減を図るため、医師、保健師等による健康教育等を実施する。

（ウ）上記（イ）によって精神医療受給者証に記載した場合は、交付台帳に精神医療受給者証に記載した、新規発症精神疾患名を追記する。

（9）合併症と調査対象疾病の関連性に関する調査

ア 調査の実施

県市は、合併症と調査対象疾病の関連性について、科学的エビデンスについての知見を深めるための研究を進めることとし、事業対象者における、対象合併症と調査対象疾病の関連性に関する調査研究を原爆に対する知見を有し長崎市内に所在する大学等研究機関に委託し実施する。

（ア） 調査対象疾病に対する医療費の支給

県市は、下記イ（ウ）に記載された調査対象疾病について、上記の調査研究に同意した者に対し（5）を準用し医療費を支給する。

（イ） 医療データの提供

県市は、保険者又は医療機関等が保有している対象者の治療等のデータを取得し、匿名化したうえで調査研究機関へデータの提供を行う。

イ 調査対象疾病に関する確認

精神医療受給者証所持者が、次の（ウ）で定める調査対象疾病を発症した場合、当該疾患について、精神医療受給者証への追加を申請することができる。

（ア） 県市は、調査対象疾病の申請が出された場合、提出書類の確認を行う。

県市は必要に応じ、（４）ウで定める審査会等へ意見を求めることができる。

（イ） 調査対象疾病の追加を申請する者は、医師が記載した診断書を添えて疾患追加申請書（様式第10号）を県市に提出しなければならない。

（ウ） 調査対象疾病は、次のとおりとする。

胃がん、大腸がん、肝がん、胆嚢がん、膵がん、乳がん、子宮体がん

（エ） 県市は、上記（イ）の申請があったときは、当該調査対象疾病の要医療性について、必要に応じ、医師が記載した診断書により確認する。

なお、県市は、その確認のために必要があるときは、申請者に対し、健康状態に関する説明書（様式第6号）の提出を求めることができる。

（オ） 県市は、確認の結果、（５）イ（ア）の規定にかかわらず要医療性を有する調査対象疾病の治療等に係る医療費の支給を行うことが適当と認めたときは、その調査対象疾病名等を精神医療受給者証に記載する。

（カ） 上記（オ）によって精神医療受給者証に調査対象疾病名等を記載した場合は、交付台帳に精神医療受給者証に記載した、調査対象疾病名を追記する。

（キ） 上記（イ）の申請を受け、これを認めたときの医療費の支給期間は、上記（イ）の申請日から1年以内の県市が定めた日まで遡及して支給してもよい。

ただし、精神医療受給者証の交付申請日より前に遡及して支給することはできない。

4. 留意事項

（1） 県市は、この事業の実施に当たっては、特に次の点に留意するものとする。

- ① 被爆体験による不安は、放射線に関する正しい知識等の普及によって軽減が図られることから、医療費の支給に偏重することがないようにすること。
- ② 精神科の医師が継続的に関与することを通じて上記1.の目的の達成を図るとともに、随時、その達成状況について検証すること。
- ③ 対象外の疾患・症状にまで医療費の支給が行われることがないようにすること。
- ④ 精神疾患に関する診断については、その申し出のあった者の心身の状態に照らして必要があると認めるときは、家族や主治医からも話を聴くなどにより、円滑かつ適正に実施できるようにすること。

（2） 県市は、精神疾患に関する診断を行う精神科医師及び治療等に当たる医師が連携をとるための仕組み、医療機関における事務処理、審査支払機関における審査その他この事業の実施の詳細について、関係機関等と十分に協議の上、適切に定めるものとする。

（3） 県市は、国民健康保険担当課とも連携し、診療報酬明細書（レセプト）の点検を励行

するものとする。また、点検の結果、不適正なものがあった場合には、委託医療機関及び審査支払機関と所要の調整を行い、是正措置を講じるものとする。

- (4) 県市は、この事業の適正な実施を確保する観点から、それぞれ、具体的な事業計画を定めるとともに、事業実施状況について定期的に評価を行い、その結果等を公表するものとする。
- (5) 県市は、別に定めるところにより、上記(2)、(3)及び(4)その他この事業の実施に関する状況を、本職に報告するものとする。
- (6) 県市は、この事業の実施に当たって知り得た個人の情報の保護について、特に留意するものとする。
- (7) その他、この要綱に定めのない事項については、その都度本職と協議するものとする。

5. 適用及び経過措置

- (1) この要綱は、令和5年4月1日から適用し、旧要綱（平成17年4月13日健発第0413006号健康局長通知をいう。）は、令和5年3月31日限りをもって廃止する。
- (2) 有効期間満了日が令和8年3月31日までの精神医療受給者証（以下「旧受給者証」という）を所持する者は、有効期間満了日まで使用できるものとする。
なお、旧受給者証から新受給者証へ切り替えを希望する者は、被爆体験者精神医療受給者証切替申請書兼同意書（様式第11号）を県市に提出しなければならない。
- (3) 令和5年4月1日以降、旧受給者証所持者から令和4年度実施要綱別表1及び2に記載のある疾病についての追加申請があった場合の医療費の支給期間は、申請日から1年以内の県市が定めた日とする。なお、申請、要医療性の確認は、3(9)イ(ア)(イ)(エ)に準じる。
- (4) 令和5年度中に精神医療受給者証の新規申請を行い、交付を受けた者については、令和5年4月1日から医療費を支給するものとする。

様式第 1 号

被爆体験者精神医療受給者証

公費負担者番号			
受給者番号			
受給者	住所		
	ふりがな 氏名		
	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	性別
	第二種健康診断 受診者証番号		
初回交付年月日		年 月 日	
発行機関名 及び印			

精神医療受給者証の交付を受けた方へ

○ これは、長崎市と長崎県が国の委託を受けて実施している「被爆体験者精神影響等調査研究事業」により、定められた場合に医療費の助成を受けることができる方にお渡しするものです。

○ この事業は、被爆体験による精神的影響に基づく健康影響に関連する精神疾患または関連する身体化症状・心身症の治療を支援するもの及び合併症と調査対象疾病の関連性に関する調査を実施する事業です。

医療費の助成の対象となる病気は、4ページの1.に記載されています。

○ 4ページの1に記載されている病気の治療で医療費の助成を希望するときは、医療機関に、この精神医療受給者証を提出してください。なお、保険診療以外で治療を受けたときは対象になりません。

○ 医療費の助成方法は、本受給者証を掲示した場合に限り、長崎県内の医療機関を受診する際は、原則、窓口負担はありません。

長崎県外の医療機関を受診する際は、窓口で個人負担分をお支払いしていただき、長崎市（県）に医療費支給の申請を行ってください。

○ 医師が4ページの2（1）に記載されている精神疾患の一部について、次の場合に該当すると診断した場合は、精神医療受給者証の書き換えを行いますので、速やかに長崎市（県）に届け出てください。

・ 4ページ2（1）に記載されている精神疾患について、治療の必要がなくなったとき（（a）に該当するとき）

・ 4ページ2（1）に記載されている精神疾患の原因が被爆体験以外にあることがわかったとき（（b）に該当するとき）

（注）記載されている全ての精神疾患が上記に該当する場合、合併症含めすべての医療費の助成を受けることはできませんのでご注意ください。

○ 氏名、住所を変更した場合、死亡した場合は、速やかに長崎市（県）に届け出てください。

○ これは、他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

治療に当たる医師の皆さまへ

1. 医療費の助成の対象となる病気は、次のとおりです。

○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)を除く全ての疾患

○2. (2)に記載された調査対象疾病(ただし、がん疑いは除く)

※がんに係る医療費助成を受けるには、事前に申請が必要です。

2. 記載されている精神疾患について次の(a)、(b)に該当するときは、その記号を○で囲み、その診断を行った年月日と医師名を記載してください。

(a) 治療の必要がなくなったとき

(b) 記載されている精神疾患が、被爆体験以外の要因に基づくものであることが判明したとき

(1) 精神疾患

	疾患名
1	
2	
3	

	該当する項目を○で 囲んでください。	診断を行った年月日	医師名	長崎市(県) 確認欄
1	(a) (b)			
2	(a) (b)			
3	(a) (b)			

(2) 医療費助成の対象となる調査対象疾病

	疾患名
1	
2	
3	
4	
5	

※記載されている全ての精神疾患が2(a)(b)に該当すると診断された場合、合併症含めすべての医療費の助成を受けることはできませんのでご注意ください。

いずれの場合も長崎市(県)に届け出てください。

この事業についてご不明な点は、下記までお問い合わせください。

《連絡先》〇〇〇〇〇〇 電話〇〇〇-〇〇〇

精神医学的診断に基づく意見書
(新規 ・ 追加)

(ふりがな) 氏 名	()	明治 大正 年 月 日生 昭和 (歳)	男・女
第二種健康診断受診者証番号			
住 所	〒 電話 ()		
1. 不安に起因する精神疾患がある場合			
<p>ア. 精神疾患名 ()</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 発症時期 年 月頃 ・ 被爆体験・不安以外の要因との関係 <ul style="list-style-type: none"> a () 被爆体験・不安以外の要因に基づくものである b () 被爆体験・不安以外の要因に基づくものではない c () a、bのいずれか不明である ・ 要医療性の有無 (有り ・ 無し) 			
<p>イ. 精神疾患名 ()</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 発症時期 年 月頃 ・ 被爆体験・不安以外の要因との関係 <ul style="list-style-type: none"> a () 被爆体験・不安以外の要因に基づくものである b () 被爆体験・不安以外の要因に基づくものではない c () a、bのいずれか不明である ・ 要医療性の有無 (有り ・ 無し) 			
<p>上記のとおり、診断します。 合わせて、別紙のとおり診断個人票 通を添付します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>精神科医師名： _____ 医療機関の名称： 所在地： 電話番号： ()</p>			

診断個人票

○ 疾患名

○ 診断の根拠や疾患の状況について、具体的に記載してください。

※ 精神疾患が複数ある場合は、疾患毎に1枚記載してください。

被爆体験者精神医療費支給申請書
(一般 ・ 追加)

ふりがな 氏名		明治 大正 昭和	年 月 日生男・女
住所	〒 電話番号 ()		
第二種健康診断受診者証の番号			
被爆体験者精神医療受給者証の公費負担者番号			
被爆体験者精神医療受給者証の受給者番号			
利用する医療保険等の種類	健保、国保(一般退職者)、後期高齢、介護、 その他() 本人 ・ 被扶養者		
治療等に要した費用 円	治療等に要した費用のうち自己負担分 円		
窓口負担を行った理由 (疾患名)	()		
治療等を受けた期間	年 月 日から	年 月 日	入院 入院外 日
治療等を受けた医療機関 又は指定訪問看護ステーション等	名称 所在地 〒 電話番号 ()		
移送にあつては、その区間等			
支払希望金融機関			
上記のとおり被爆体験者精神医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者 氏名 長崎市長(県知事) 様			

添付書類

- (a) 治療等に要した費用のうち自己負担分として支払った額を証明する書類
- (b) 治療等の内容を具体的に記載した書類(当該治療等を行った医師が作成したもの)

(表)

様式第5号

被爆体験者精神医療受給者証交付申請書

ふりがな		明治							
氏名		大正	年	月	日生	男・女			
		昭和							
住所	〒 電話番号 ()								
第二種健康診断受診者証の番号									
治療等を受けようとする 委託医療機関	名称 所在地								
治療等を受けようとする 指定訪問看護ステーション等	名称 所在地								
上記のとおり、被爆体験者精神医療受給者証の交付を受けたく、関係書類を添えて申請します。									
年 月 日									
申請者 氏 名									
長崎市長（県知事） 様									

記入上の注意 太枠内及び裏面の同意書を記入してください。

備考 「治療等を受けようとする指定訪問看護ステーション等」の欄は、指定訪問看護事業者又は訪問看護の指定居宅サービス事業者を利用しようとするときのみ記入してください。

添付書類 (a) 精神医学的診断に基づく意見書（様式第2号）
(b) 診断個人票（様式第3号）（ 通）
(c) 第二種健康診断受診者証中の健康診断の結果を記載した部分の写し
(d) 医師が作成した診断書

※長崎県外居住者に限り、(d)を提出したことで(a)、(b)を提出したこととみなすことができる。

(裏)

同意書

○同意事項

1. 保険者又は医療機関等が保有している治療等（介護サービス又は介護予防サービスを含む）の内容及び状況の調査
2. 精神疾患等に関する診断情報の医療機関への提供
3. 被爆体験者精神影響等調査研究事業以外の制度による医療費（高額療養費及び福祉医療費等）の給付状況の調査及び提供
4. 「匿名化した診療報酬明細書データによる対象疾患と調査対象疾病の関連性」等の調査及びデータ提供

上記の項目に同意いたします。

年 月 日

受給者氏名

代筆者

(住所)

(氏名)

(本人との続柄)

長崎市長（長崎県知事）様

(表)

様式第6号

健康状態に関する説明書

ふりがな		明治							
氏名		大正	年	月	日生	男・女			
		昭和							
住所	〒								
	電話番号 ()								
被爆体験者精神医療受給者証の受給者番号									
<p>○ あなたの最近の健康状態について具体的に記載してください。</p> <p>1. こころの状態について</p> <div data-bbox="300 761 1311 1303" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><p>(不安な気持ちや症状などについて記入してください。)</p></div> <p>2. からだの状態について</p> <div data-bbox="300 1415 1311 1953" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><p>(からだの具合の悪いところがあれば、その部位(からだの場所)と症状の状態、よくなっているかどうか、などについて記入してください。)</p></div>									

(裏)

3. 精神疾患と被爆体験・不安との関連性について具体的に記載してください。

(原爆当時の光景が夢に出てきて眠れない等)

4. その他

(その他に健康状態のことで、気になることなどがあれば記入してください。)

ご本人が記載できないため、ご本人に代わって記載した場合には、次に記入してください。
(記載内容について、問い合わせを行うことがあります。)

氏名		本人との続柄	
住所	〒 電話番号 ()		

被爆体験者精神医療受給者証交付台帳

長崎市（長崎県）

交付 番号	交付 年月日	氏名	住所	性	生年 月日	精神 疾患名	治療の必要がなくなったとき等 ((a)(b)) ※とその年月日	調査対象 疾病名	備考 (異動等)

※(a) 治療の必要がなくなったとき

(b) 記載されている精神疾患が、被爆体験以外の要因に基づくものであることが判明したとき

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		明治 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	<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	<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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> 年 月 日 </div> <div style="width: 40%;"> 医療機関所在地: </div> <div style="width: 25%;"> 電話番号:() - </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 40%;"> 医療機関名: </div> <div style="width: 40%;"> 医師名: </div> </div>				

対象精神疾患フォローアップシート作成費用支給申請書

ふりがな		明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)		男・女	
氏名						
第二種健康診断受診者証番号						
住所		〒 電話番号 ()				
要した費用		円				
医療機関	住所	〒 電話番号 ()				
	病院名					
支払希望金融機関		銀行 信用金庫 農協 信用組合			本店 支店 出張所	
		普通 当座				
年 月 日		申請者氏名				

(添付書類) 対象精神疾患フォローアップシート作成に要した費用を支払ったことを証明する書類(領収書等)

疾患追加申請書

(ふりがな) 氏 名		明治 大正 昭和	年	月	日生	男・女
住 所	〒 電話番号 () -					
第二種健康診断受診者証の番号						
被爆体験者精神医療受給者証の公費負担者番号						
被爆体験者精神医療受給者証の受給者番号						
被爆体験者精神医療受給者証に追加記載したい疾患名及び調査対象疾病						
<p>上記のとおり、被爆体験者精神医療受給者証への追加記載を受けたく、関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p>長崎市長(長崎県知事) 様</p>						

添 付 書 類 (a) 精神医学的診断に基づく意見書 (様式第2号)、診断個人票 (様式第3号)

被爆体験者精神医療受給者証 切替申請書兼同意書

次の項目に同意し、令和5年4月改正の被爆体験者精神影響等調査研究事業における被爆体験者精神医療受給証の交付を申請します。

○同意事項

1. 保険者又は医療機関等が保有している治療等（介護サービス又は介護予防サービスを含む）の内容及び状況の調査
2. 精神疾患等に関する診断情報の医療機関への提供
3. 被爆体験者精神影響等調査研究事業以外の制度による医療費（高額療養費及び福祉医療費等）の給付状況の調査及び提供
4. 「匿名化した診療報酬明細書データによる対象疾患と調査対象疾病の関連性」等の調査及びデータ提供

(ふりがな) 氏名		明治 大正 昭和	年	月	日生	男・女
住所	〒 電話番号（ ） -					
第二種健康診断受診者証の番号						
被爆体験者精神医療受給者証の公費負担者番号						
被爆体験者精神医療受給者証の受給者番号						
年 月 日						
受給者氏名 _____						
代筆者 (住所) _____						
(氏名) _____						
(本人との続柄) _____)						
長崎市長（長崎県知事） 様						