

令和7年度
自立支援医療

【更生医療】

について



熊本県福祉総合相談所

目 次

1	更生医療の基本事項	P 3
	1) 自立支援医療とは	P 3
	2) 更生医療の対象者	P 3
	3) 対象となる障害	P 3
	4) 支給対象となる更生医療の内容	P 7
	5) 給付手続きの流れ	P 8
2	熊本県（身体障害者更生相談所）の役割	P 9
3	障害別留意点	P 11
	1) じん臓機能障害	P 11
	2) 心臓機能障害	P 22
	3) 肢体不自由	P 24
	4) 肝臓機能障害	P 26
	5) 免疫機能障害	P 28
	6) その他の障害	P 31
4	判定依頼の手順	P 32
	1) 判定依頼の要否について	P 32
	2) 意見を聴く場合に必要な書類	P 32
	3) 判定事務にかかるおおよその所要日数	P 32
	4) 同時申請について	P 36
	*同時申請の適用日に関する注意点	P 37
	5) 判定依頼書作成時の留意点	P 38
	*判定依頼チェックリスト	P 40
5	判定依頼の取り下げ	P 41
6	問い合わせ先及び担当者一覧	P 42
7	意見書様式等のダウンロード方法	P 42

参考資料

関係法令等

1 自立支援医療（更生医療）の基本事項

1) 自立支援医療とは

- ・障害者等につき、その心身の障害の状態の軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療であって政令で定めるものをいう。
（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「法」という）第五条第二十四項）
- ・身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者のうち厚生労働省令で定める身体障害のある者の自立と社会経済生活への参加の促進を図るため、当該身体障害者に対し行われるその更生のために必要な医療
（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（以下「令」という）第一条の二第二号）

2) 更生医療の対象者

身体障害者手帳を有している18歳以上の者
（18歳未満については育成医療）



3) 対象となる障害

令第一条の二第二号に規定する厚生労働省令で定める身体障害は、次に掲げるものであって、確実な治療の効果が期待できる状態のもの（内臓機能の障害によるものについては、手術により障害が補われ、又は障害の程度が軽減することが見込まれる状態のものに限る。）とする。

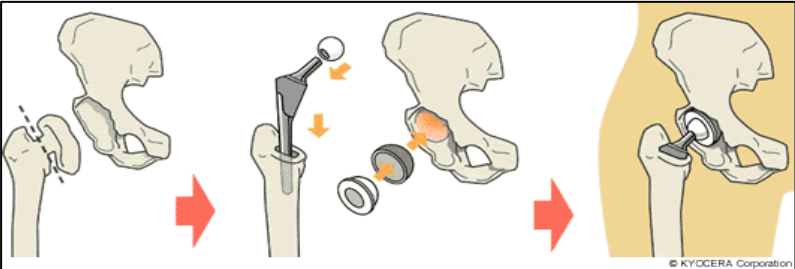
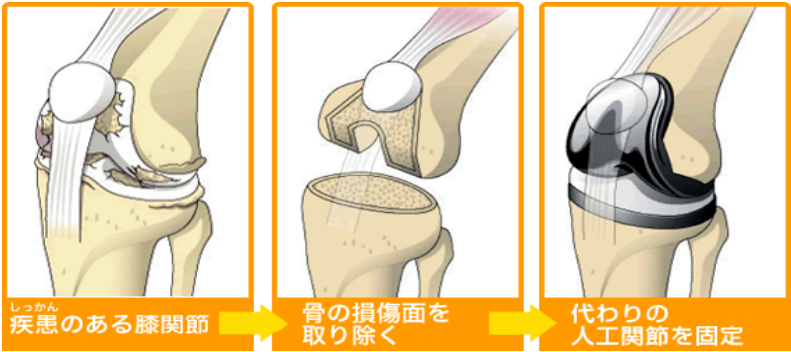
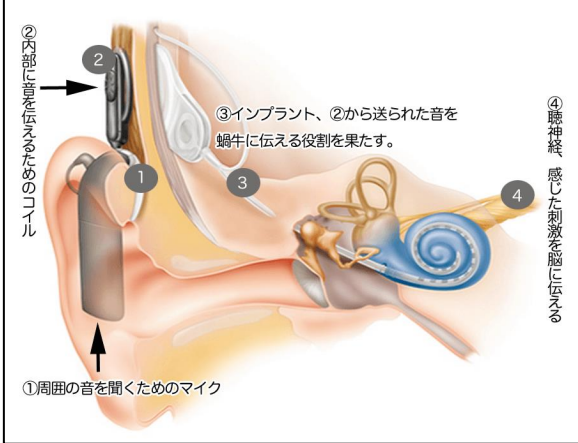
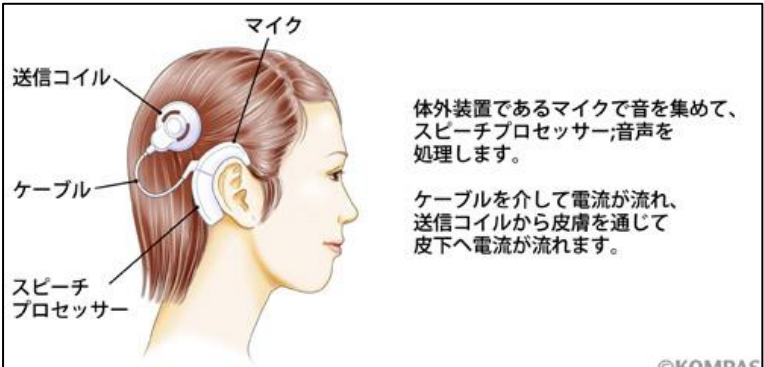
- 一 視覚障害
- 二 聴覚又は平衡機能の障害
- 三 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害
- 四 肢体不自由
- 五 心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）
- 六 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）

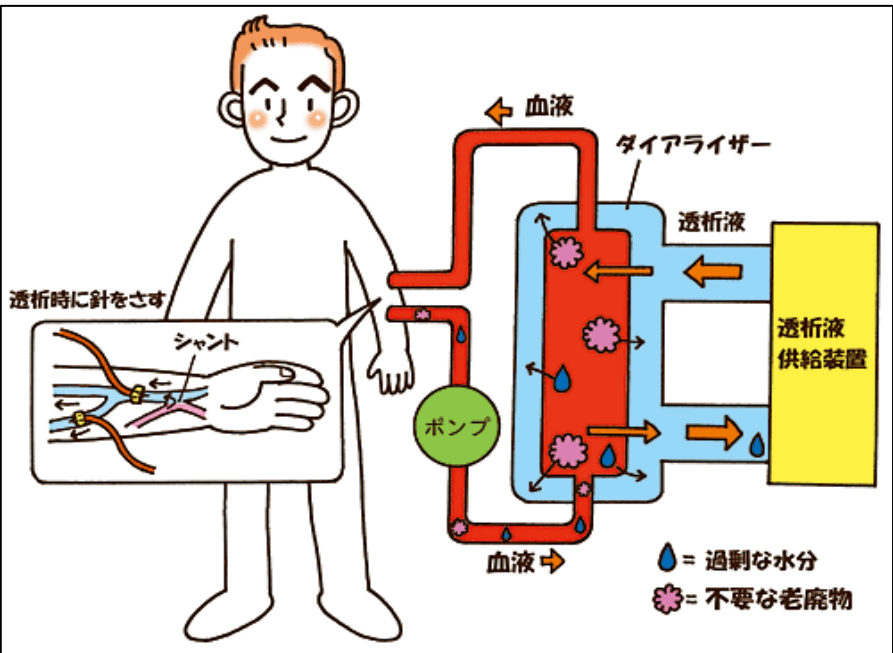
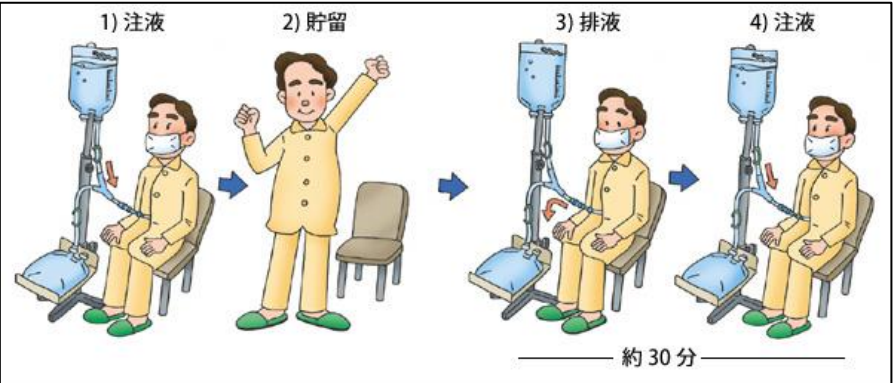
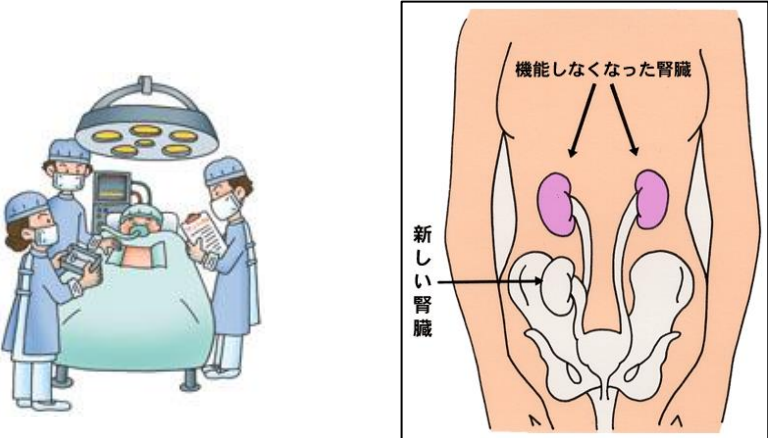
（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則 第六条の十八）

更生医療の対象となる障害は、臨床症状が消退しその障害が永続するものに限られること。また、更生医療の対象となる医療は、当該障害に対し確実なる治療効果が期待されるものに限られることから、当該障害に該当しても、他の法令等に基づく他の趣旨の医療により治療される部分については、更生医療の対象にならないこと。内臓の機能の障害によるものについては、手術により障害が補われ、又は障害の軽減が見込まれるものに限るものとし、いわゆる内科的治療のみのものは除くこと。

なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となるものであること。（自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱 第2の2）

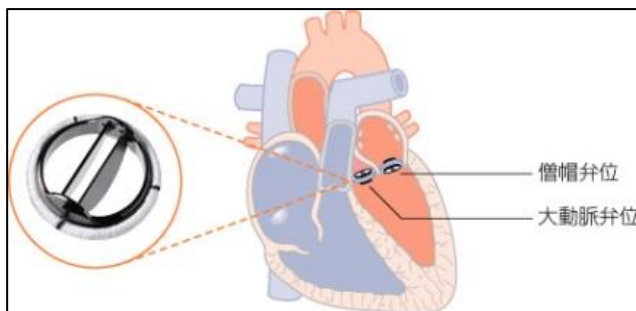
《更生医療の対象となる医療の参考例》

障害区分等	医療等の例
肢体不自由	✳️人工股関節置換術  ✳️人工膝関節置換術  ✳️骨切り術など
視覚障害	✳️角膜移植術・水晶体摘出術など
聴覚障害	✳️人工内耳埋込み術   ①周囲の音を聞くためのマイク ②内部に音を伝えるためのコイル ③インプラント、②から送られた音を蝸牛に伝える役割を果たす。 ④聴神経、感じた刺激を脳に伝える マイク 送信コイル ケーブル スピーチプロセッサ 体外装置であるマイクで音を集めて、スピーチプロセッサで音声処理します。 ケーブルを介して電流が流れ、送信コイルから皮膚を通じて皮下へ電流が流れます。 ©KOMPAS

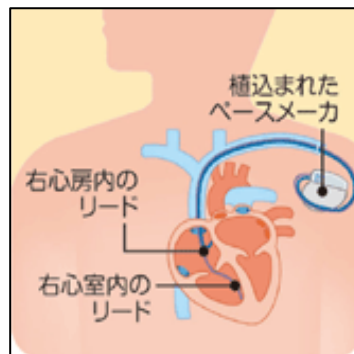
音声、言語、そしゃく機能障害	＊顎口蓋形成術など
内臓障害 ＊内科的な治療のみのものは除く	＊じん臓機能障害 (人工透析療法、腎移植術及びその後の抗免疫療法とそれに伴うもの) ＊血液透析療法  ＊腹膜透析 (CAPD)  ＊じん移植・じん移植術後の抗免疫療法 (ドナー医療費含む) 

心臓機能障害
(要手術のもの、
心臓移植術及び心
臓移植後の抗免疫
療法)

✿ 弁置換術



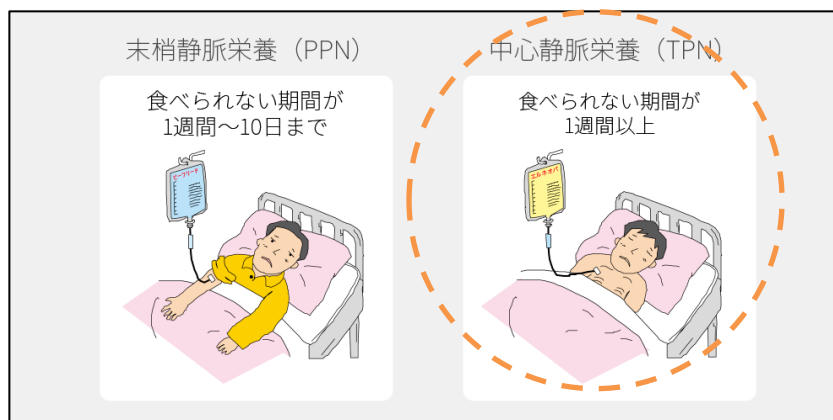
✿ ペースメーカー植込み術



✿ 心臓移植術・心臓移植術後の抗免疫療法

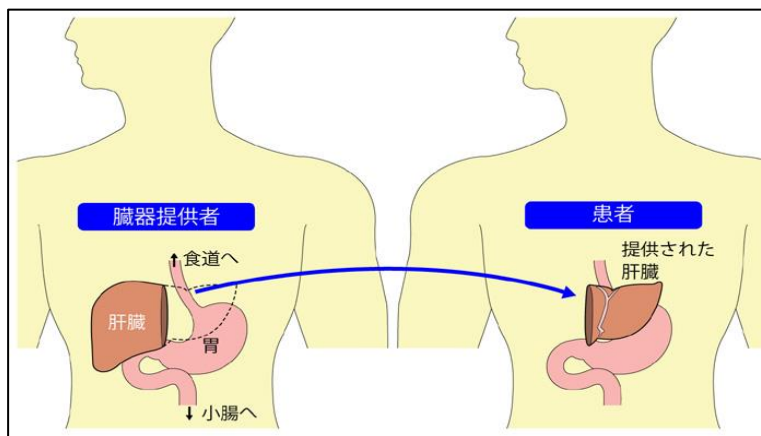
小腸機能障害
(中心静脈栄養法)

✿ 中心静脈栄養法



肝臓機能障害
(肝移植術及び
その後の抗免疫療
法とそれに伴うも
の)

✿ 肝移植術・肝移植術後の抗免疫療法 (ドナー医療費含む)



免疫機能障害	抗HIV療法・HIV指標疾患の治療	
訪問看護	腹膜透析の管理・指導、中心静脈栄養の管理・指導など	

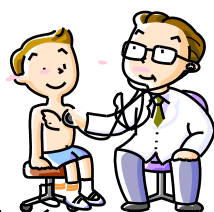


上の表はあくまで参考です。医療等の例に該当するからといって、必ずしも更生医療の対象になるわけではありません。障がいとの関連性や個々の状況に応じて給付の対象になるかどうか、専門医が判定し、給付の可否が決まります。また、医療内容は同じであっても個々のケースにより更生医療の対象となるかどうか異なるため、適応の可否について事前の回答はできません。

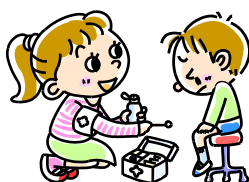


4) 支給対象となる更生医療の内容

①診察



②薬剤または治療材料の支給



(治療材料は医療保険適用の
最小限の治療用材料及び
治療用装具に限る)

③医学的処置、手術及び その他の治療並びに施術



(施術はマッサージのみ)

訪問看護事業者も指定が必要であり、指定であっても意見書に訪問の指示等が記載されていない場合は、利用はできません！
→意見書に訪問看護事業者が記載されていても、訪問看護の指示等の記載がない場合は、市町村が発行される受給者証に訪問看護事業者の記載は不要ですので、訪問看護事業者欄には斜線を引いて、各市町村へ返送させていただきます。

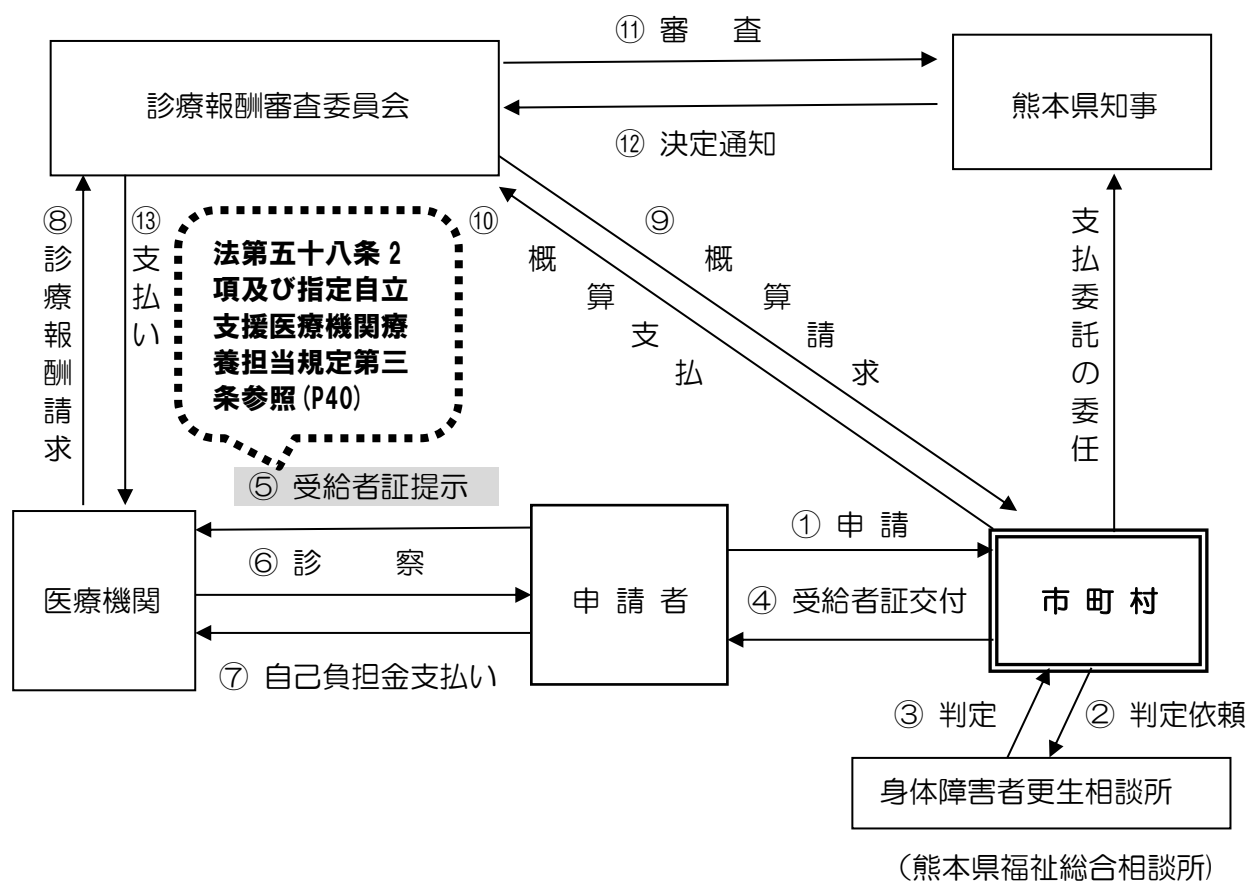
④居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護—訪問看護

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—緊急やむを得ない理由で医師の指示により移動が困難な重病人を自動車等で入院、転院させた場合で、医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。また、家族が行った移送等の経費は認められない。



5) 給付手続きの流れ（熊本市内居住者に対する給付を除く）



2 熊本県（身体障害者更生相談所）の役割

更生相談所では、市町村の求めにより

- ① 申請者についての医学的判定
- ② 給付に要する費用の概算額の算定
- ③ 判定書（更生相談所意見）の作成

を行います。

根拠法令

- 市町村は、第二十条第一項の申請に係る障害者等の障害程度区分、当該障害者等の介護を行う者の状況、当該障害者等の置かれている環境、当該申請に係る障害者等又は障害児の保護者の障害福祉サービスの利用に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を勘案して介護給付費等の支給の要否の決定を行うものとする。（法第二十二條一項）
- 市町村は、支給要否決定を行うに当たって必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、市町村審査会又は身体障害者福祉法第九条第七項に規定する身体障害者更生相談所その他厚生労働省令で定める機関の意見を聴くことができる。（法第二十二條二項）
- 都道府県は、市町村の求めに応じ、市町村が行う第十九条から第二十二條まで、第二十四条及び前条の規定による業務に関し、その設置する身体障害者更生相談所等による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助を行うものとする。（法第二十六條）

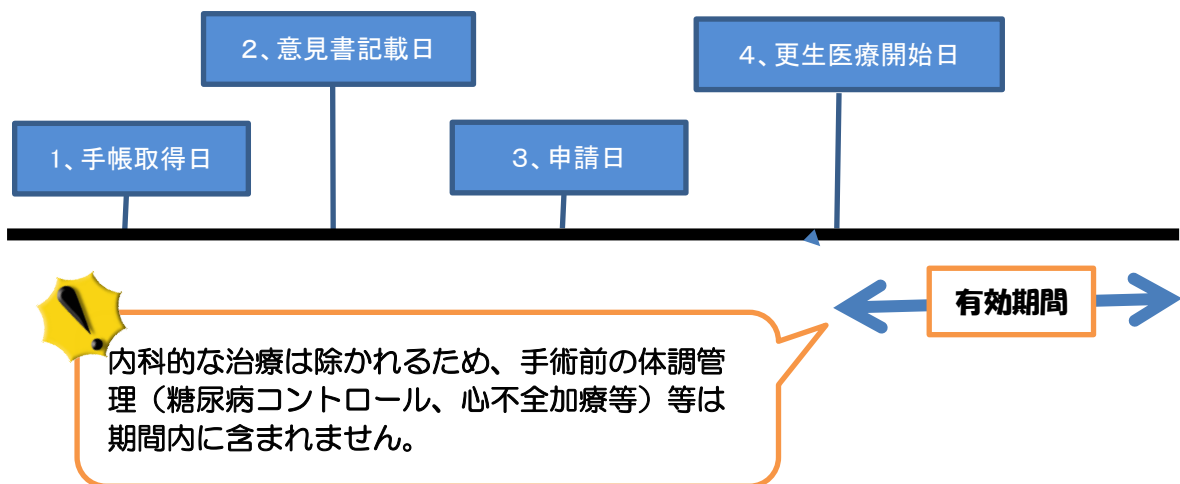
参考



指定自立支援医療機関における
更生医療を主として担当する医師について

- 更生医療の意見書は、指定自立支援医療機関の主として更生医療を担当する医師（以下「担当医」という。）でなければ作成できません。（法第59条第1項）
- 担当医となるには、一定の要件があり、県内の指定自立支援医療機関においては、熊本県又は熊本市の審査・承認が必ず必要になりますので、確実に確認を行ってください。
- 担当医が交代した場合、変更の届出のあった担当医が承認されるまでは更生医療意見書の発行はできません。更生医療の判定は、担当医が正式に承認されなければ保留となりますのでご注意ください。
- 県内の指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）名簿については、熊本県及び熊本市ホームページに掲載しています。

手術にあたっての更生医療対象期間の考え方



3 障害別留意点と意見書のみかた

1) じん臓機能障害

① 給付対象

じん臓機能障害者のうち、保存的療法で尿毒症症状の改善ができない者であって、人工透析療法又はじん臓移植術によりじん臓機能の障害に基づく症状が軽減又は除去され、日常生活能力の回復の見込みのあるものを対象とする。

② 給付範囲

じん臓機能障害者に対する人工透析療法、じん臓移植術及びこれに伴う医療に限るものであること。（令和7年（2025年）1月1日～⑤⑦⑧を適用対象例として追加）

✿ じん臓機能障害の給付対象具体例 ✿

- ① 血液透析
- ② CAPD（腹膜透析）
- ③ シェント設置（形成術）
- ④ CAPD用留置カテーテル装着（設置術）
- ⑤ （透析用）長期留置カテーテル挿入
- ⑥ シェントトラブル
- ⑦ CAPD留置カテーテルトラブル
- ⑧ 長期留置カテーテルトラブル
- ⑨ じん臓移植
- ⑩ じん臓移植後の抗免疫療法
- ⑪ じん臓移植後、移植じん臓不適合のためのじん臓摘出



* なお、入院対象は上記③から⑪に伴うものと透析導入時（3ヶ月以内）とする。

*投薬・注射代について



医療費概算額に原疾患や透析合併症の治療に係る費用（投薬・注射等）の計上はできません。更生医療給付対象として想定されるのは、「腹膜透析液、抗免疫療法薬剤及びシェントトラブル時の治療薬（抗生剤、血栓溶解剤等）」などです。

現在、相談所での判定時に投薬・注射代が計上されている場合は、医療機関に投薬・注射代の詳細な内容を確認し、更生医療に該当しない場合は修正をお願いしています。

更生医療の対象となる薬剤かどうか判断が難しい場合は、判定書に「じん臓機能障害の原因となった疾患や透析の合併症に対する治療薬は更生医療給付対象外です。」などの助言を付して更生医療の目的に即した医療費取扱いをお願いしています。

市町村で認定を行う際、投薬・注射代が計上してある場合には、上記の助言を適宜受給者証に記載する等し、医療機関への更生医療適正請求指導を行ってください。

意見書の内容で、投薬・注射代に計上がないにも関わらず、薬局の記入がされている場合があります。投薬・注射代が不要の場合は、更生医療での薬局の使用もありませんので、市町村が発行される受給者証に薬局の記載は不要です。
そのため、薬局欄には斜線を引いて、各市町村へ返送させていただいています。

自立支援医療(更生医療)意見書

(じん臓機能障害)

氏 名	〇 〇 〇 〇		M T (S) H R 35 年 3 月 16 日生	
住 所	〇〇市 〇〇町〇〇—〇番地		身体障害者手帳	1 種 1 級
病 名	慢 性 腎 不 全		発 病	M T S (H) R 15 年 3 月 日頃
① 現 症	主要尿毒症 倦怠感、食思不振 検査成績 (透析導入・透析前) ア 内因性クレアチニン (9.3 ml/分) クリアランス値 胸写所見 うっ血像、心拡大 イ 血清クレアチニン濃度 (5.1 mg/dl) ウ 血清尿素窒素濃度 (68.7 mg/dl) 血圧 180/90 mmHg			
② 医 療 の 具 体 的 方 針	① 血液透析 週 3 回		③ 治療効果の見込み じん臓機能障害の症状が軽減、除去できる。	
	② その他 (シャント作成術等記入) シャント作成術		④ 入院が必要な理由 (具体的な症状など) 血液透析導入のため	
入院年月日	年 月 日		手術予定日	年 月 日
⑤ 治療 見込期間	入院治療期間 30 日間 通院治療回数並びに期間 回 11 か月 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 通算 365日			
⑥ 医 療 費 概 算 額	手 術	150,000 円	検 査	500,000 円
	投 薬	0 円	基 本 診 療	50,000 円
	注 射	0 円	入 院	450,000 円
	処 置	4,500,000 円	移 送 費	0 円
	訪問看護費	0 円	そ の 他	0 円
	合 計	5,650,000 円		
⑦ 医療等に要する 費用の見込額	入院医療費 1,005,000 円 移 送 費 0 円 通院医療費 4,645,000 円 訪問看護費 0 円 計 5,650,000 円			
⑧ 指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	令和 〇〇年 5 月 10 日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所 在 地 □□市△△△町10番地 医 師 名 〇〇 〇〇		
	薬 局	薬 局 名 所 在 地 薬剤師名		
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所 在 地 代表者名		

指定医確認済 (印)

じん臓機能障害意見書チェックポイント

① 現 症

血圧、血清クレアチニン濃度、血清尿素窒素濃度は必ず記載が必要です。
 イの血清クレアチニンよりウの血清尿素窒素のほうが通常、数値は高くなります。

② 医療の具体的方針

1、血液透析の場合、回数の記入が必要。2、血液透析以外の場合は、具体的な内容（腹膜透析・シャント形成術、抗免疫療法など）の記入が必要。

③ 治療効果の見込み

障がいの程度軽減の見込みの具体的な記入が必要。
 （記入例） 尿毒症症状が改善し、社会生活が可能となる。

④ 入院が必要な理由

1日の入院でも入院理由の記入は必要です。（できるだけ具体的に記載）

（記入例）

- ・尿毒症悪化により入院の可能性があるため
- ・シャント閉塞などによる入院加療の見込みがあるため
- ・肺炎の治療のため
- ・脳梗塞後遺症による麻痺のため自宅での生活が困難なため
- ・家族による病院への送迎ができないため など

⑤ 治療見込み期間

入院、外来あわせて最長1年までです。

⑥ 医療費概算額（概ね下記の基準で算定することが多い）

（要検算!!）

手 術	じん移植術、シャント作成などの手術代、表面麻酔（ペンレス）代
投 薬 / 注 射	抗免疫剤、腹膜透析薬剤など ＊ 原疾患（糖尿病性腎症、嚢胞腎、SLEなど）や合併症（骨粗鬆症、皮膚掻痒症、腰痛、貧血、水分電解質異常、高血圧、二次性副甲状腺機能亢進症など）の治療に必要な薬剤は更生医療給付対象外です。
処 置	人工腎臓（1回25,000円前後）、腹膜灌流
検 査	更生医療の対象となる手術、透析や抗免疫療法にかかる検査費用
基本診療	初診・再診料
入 院 費	入院理由が更生医療に該当する場合のみ記入。

⑦ 医療等に要する費用の見込額

入院と外来の医療費をそれぞれ記入してもらってください。合計は見込み額と同額となります。
 入院理由が更生医療の対象とならない場合、入院費は計上出来ませんが、入院期間中の透析など更生医療の対象となるものについては請求可能です。

⑧ 指定医療機関

指定医療機関の名称及び主として担当する医師名・薬剤師名・訪問事業者名が必要です。
 （薬局は院外処方時、訪問看護は必要時に記載。）

意見書・例1、2

自立支援医療(更生医療)意見書

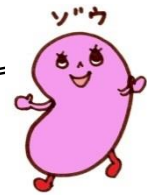
氏 名	〇 〇 〇 〇		MT(S)HR 35 年 3 月 16 日生	
住 所	〇〇市 〇〇町〇〇—〇番地		身体障害者手帳	1 種 1 級
病 名	慢性腎不全		MTS(H)R 15 年 3 月 日頃	
現 症	主要尿毒症 倦怠感、食思不振 胸写所見 うっ血像、心拡大 血圧 180/90 mmHg 検査成績 (透析導入・透析前) ア 内因性クレアチニン (9.3 ml/分) クリアランス値 イ 血清クレアチニン濃度 (5.1 mg/dl) ウ 血清尿素窒素濃度 (68.7 mg/dl)			
医 療 の 具 体 的 方 針	①血液透析 週 3 回		治療効果の見込み じん臓機能障害の症状が軽減、除去できる。	
	②その他 シャント作成術		入院が必要な理由 (具体的な症状など) (例1) 尿毒症症状悪化時のため (例2) 認知症により自宅での生活が困難なため	
入院年月日	令和 〇〇 年 5 月 20日		手帳	年 月 日
治 療 見込期間	入院治療期間 30 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 11 か月間 通算 365日 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 か月間			
医 療 費 概 算 額	手 術	150,000 円	検 査	500,000 円
	投 薬	0 円	基 本 診 療	50,000 円
	注 射	0 円	入 院	0 円
	処 置	5,000,000 円	移 送 費	0 円
	訪問看護費	0 円	そ の 他	50,000 円
	合 計	5,750,000 円		
医療等に要する 費用の見込額		入院医療費 325,000 円 通院医療費 5,425,000 円 訪問看護費 0 円	移 送 費 0 円 計 5,750,000 円	
指 定 医 療 機 関	病 院	令和 〇〇年 5 月 10 日		
	診 療 所	医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所 在 地 □□市△△△町10番地 医 師 名 〇〇 〇〇		
	薬 局	薬 局 名 所 在 地 薬剤師名		
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所 在 地 代表者名		

指定医確認済





病気の治療や社会的な理由による入院は
更生医療の対象になりません。



例１） 入院理由が「尿毒症症状が悪化したため」の場合

更生医療は本来の働きをなくしたじん臓の代わりを提供するものです。したがって、原疾患（糖尿病性腎症、嚢胞腎、SLE など）や合併症（骨粗鬆症、皮膚掻痒症、腰痛、貧血、水分電解質異常、高血圧、二次性甲状腺機能亢進症など）の治療に必要な薬剤は更生医療給付対象外です。この場合、入院費及び慢性腎不全の治療費は概算に計上出来ませんので、入院費は０円となります。ただし、入院理由に関わらず入院期間中の透析に関する費用は更生医療の対象となりますので、見込額の入院費用欄には入院中の透析に関する費用が計上されます。

受給者証に記載する助言例

「尿毒症症状悪化による入院費は更生医療給付対象外です。」



例２） 入院理由が
「認知症により自宅での生活が困難なため」
「脳出血後遺症や下肢切断後のリハビリ、寝たきり、介護者不在」
「肺ガンなどの治療のため」など・・・

じん臓疾患以外の病気や社会的な理由による入院費は更生医療給付対象外です。ただし、入院理由に関わらず入院期間中の透析に関する費用は更生医療の対象となりますので、見込額の入院費用欄には入院中の透析に関する費用が計上されます。



受給者証に記載する助言例

「入院理由（認知症など）が更生医療適用外のため入院費は
更生医療給付対象外です。」

意見書例 3

自立支援医療（更生医療）意見書

氏 名	〇 〇 〇 〇		M T S H R 3 5 年 3 月 1 6	
	〇〇市 〇〇町〇〇—〇番地		身体障害者手帳	1 種 1 級
病 名	慢 性 腎 不 全	発 病	M T S H R 1 5 年 3 月 日頃	
現 症	主要尿毒症 倦怠感、食思不振 胸写所見 うっ血像、心拡大 血圧 1 8 0 / 9 0 mmHg			
医 療 の 具 体 的 方 針	①血液透析 週 3 回		検査成績（透析導入・透析前） ア 内因性クレアチニン（9.3 ml/分） クリアランス値 イ 血清クレアチニン濃度（5.1 mg/dl） ウ 血清尿素窒素濃度（68.7 mg/dl）	
	②その他 シャント作成術（2回）		治療効果の見込み じん臓機能障害の症状が軽減、除去できる。 入院が必要な理由（具体的な症状など） シャント部の炎症を起こしやすく、年に2回ほどシャント手術が必要。手術時は経過観察のため、1回につき1日入院が必要。残りの88日は慢性腎不全悪化時に入院加療が必要になる可能性があるため。	
入院年月日	令和 〇〇年 5 月 19 日		手術予定日	令和 年 月 日
治 療 見込期間	入院治療期間 通院治療回数並びに期間 訪問看護予定回数並びに期間		90 日間 回 日間 9 か月間 回 日間 通算 365日	
医 療 費 概 算 額	手 術	（ 2 回分 ） 300,000 円	検 査	150,000 円
	投 薬	13,320 円	基 本 診 療	60,000 円
	注 射	0 円	入 院	（シャント作成時2日分） 25,000 円
	処 置	4,255,320 円	移 送 費	0 円
	訪問看護費	0 円	そ の 他	50,000 円
	合 計	4,853,640 円		
医療等に要する 費用の見込額		入院医療費 623,640 円 通院医療費 4,230,000 円 訪問看護費 0 円	移 送 費 0 円 計 4,853,640 円	
指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	令和 〇〇年 5 月 10 日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇〇病院 所 在 地 □□市△△△町10番地 医 師 名 〇〇 〇〇		
	薬 局	薬 局 名 〇〇〇〇〇〇〇〇薬局 所 在 地 □□市△△△町20番地 薬剤師名 ◇◇ ◇◇◇◇		
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所 在 地 代表者名		

指定医確認済 (印)

例3

入院理由が

「シャント部に血栓ができやすく、年に2回ほどのシャント手術が必要である。手術時は様子観察のため1日の入院を要する。残りの88日は慢性腎不全悪化の際、入院加療が必要となる見込みがあるため。」

- 入院費はシャント時の手術代、入院予定2日分のみ更生医療の対象となります。従って、概算額の入院費は2日分のみの記入となります。この場合も入院理由に関わらず入院期間中の透析に関する費用は更生医療の対象となりますので、見込額の入院費用欄には透析に関する分の入院費用が計上されます。シャントの手術は外来で行われることが多いため、「入院してシャント手術を行う理由」を必ず明記してください。入院理由が更生医療に該当しない場合は給付対象となりません。
- 見込額の入院費用欄には入院中の透析に関する費用とシャント作成時の入院費用が計上されます。
- 見込額に投薬代が計上されている場合には、更生医療に該当するかどうか判断が困難な場合が多いため、受給者証に投薬・注射代に関する基本的な考え方を示してください。



* 受給者証に記載する助言例 *

「慢性腎不全悪化による入院費は更生医療給付対象外です。
シャント手術及びシャント作成時のみ給付対象となります。
原疾患や透析の合併症に対する治療薬は給付対象外です。」



シャント手術は、通院の場合も入院の場合もあります。
入院して手術を行う場合は、抜糸するまでの概ね7～10日程度、入院費の支給が可能です。



意見書例4

自立支援医療(更生医療)意見書

氏 名	〇 〇 〇 〇		M T (S) H R 35 年 3 月 16 日生	
住 所	〇〇市 〇〇町〇〇—〇番地		身体障害者手帳	1 種 1 級
病 名	慢 性 腎 不 全	発 病	M T S (H) R 15 年 3 月 日頃	
現 症	主要尿毒症 倦怠感、食思不振 検査成績 (透析導入・透析前) ア 内因性クレアチニン (9. 3 ml/分) クリアランス値 胸写所見 うっ血像、心拡大 イ 血清クレアチニン濃度 (5. 1 mg/dl) 血圧 180/90 mmHg ウ 血清尿素窒素濃度 (68. 7 mg/dl)			
医 療 の 具 体 的 方 針	①血液透析 週 3 回		治療効果の見込み じん臓機能障害の症状が軽減、除去できる。	
	②その他 シャント作成術		入院が必要な理由 (具体的な症状など) シャント部の炎症、血栓に対する治療のため入院が必要	
入院年月日	令和 〇〇 年 5 月 20日		手術予定日	年 月 日
治 療 見込期間	入院治療期間 30 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 11 か月間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 か月間 通算 365日			
医 療 費 概 算 額	手 術	150,000 円	検 査	500,000 円
	投 薬	300,000 円	基 本 診 療	50,000 円
	注 射	100,000 円	入 院	200,000 円
	処 置	4,000,000 円	移 送 費	0 円
	訪問看護費	0 円	そ の 他	50,000 円
	合 計	5350,000 円		
医療等に要する 費用の見込額		入院医療費 800,000 円 通院医療費 4,550,000 円 訪問看護費 0 円	移 送 費 0 円 計 5,350,000 円	
指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	令和 〇〇年 5 月 10 日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所 在 地 □□市△△△町10番地 医 師 名 〇〇 〇〇		
	薬 局	薬 局 名 〇〇〇〇〇〇薬局 所 在 地 □□市△△△町20番地 薬剤師名 ◇◇ ◇◇◇◇		
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所 在 地 代表者名		

指定医確認済



例4

入院理由が「シャント部の炎症、血栓に対する治療のため入院が必要」で医療の具体的方針に具体的な内容（シャント作成術など・・・）が記入されている場合。

- シャントトラブル時（シャント部炎症治療、手術等）
にどうしても入院治療が必要な場合のみ更生医療給付対象となります。
※CAPD 留置カテーテルトラブル、長期留置カテーテルトラブルも同様
- 例4のように手術をする見込みがある場合は、その他の欄に手術名の記入が必要です。手術名が記入されていれば、医療費概算額の手術欄に手術代が計上できます。具体的な手術の見込みがない場合は記入出来ません。
この場合も、原疾患・合併症に対する治療、社会的な理由による入院は入院費の給付対象とはなりません。
- 投薬・注射代の考え方は例3と同じです。



＊受給者証に記載する助言例＊

「入院費はシャント作成術及びシャントトラブル時のみ更生医療給付対象となります。原疾患や透析の合併症に対する治療薬は対象外です。」



DPC請求の場合

自立支援医療(更生医療)意見書

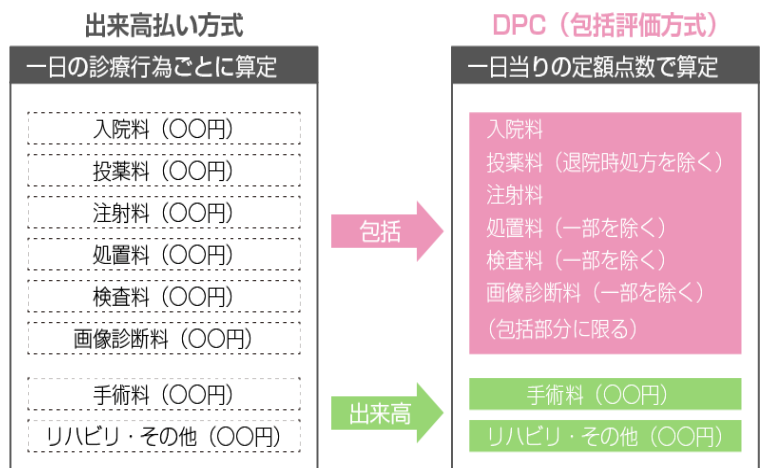
氏 名	〇 〇 〇 〇		M T S H R 35 年 3 月 16 日生	
住 所	〇〇市 〇〇町〇〇—〇番地		身体障害者手帳	1 種 1 級
病 名	慢性腎不全	発 病	M T S H R 15 年 3 月 日頃	
現 症	主要尿毒症 倦怠感、食思不振 検査成績 (透析導入・透析前) ア 内因性クレアチニン (9.3 ml/分) クリアランス値 胸写所見 うっ血像、心拡大 イ 血清クレアチニン濃度 (5.1 mg/dl) ウ 血清尿素窒素濃度 (68.7 mg/dl) 血圧 180/90 mmHg			
医 療 の 具 体 的 方 針	①血液透析 週 3 回		治療効果の見込み じん臓機能障害の症状が軽減、除去できる。	
	②その他 シャント作成術		入院が必要な理由 (具体的な症状など) 合併症や慢性腎不全悪化時に入院加療が必要なため	
入院年月日	令和 〇〇 年 5 月 20日		手術予定日	年 月 日
治 療 見込期間	入院治療期間 30 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 11 か月間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 か月間 通算 365日			
医 療 費 概 算 額	手 術	150,000 円	検 査	500,000 円
	投 薬	300,000 円	基 本 診 療	50,000 円
	注 射	100,000 円	入 院	450,000 円
	処 置	5,000,000 円	移 送 費	0 円
	訪問看護費	0 円	そ の 他	50,000 円
	合 計	(DPC請求) 6,600,000 円		
医療等に要する 費用の見込額		入院医療費 1,450,000 円 通院医療費 5,150,000 円 訪問看護費 0 円	移 送 費 0 円 計 6,600,000 円	
指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	令和 〇〇年 5 月 10 日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所 在 地 □□市△△町10番地 医 師 名 〇〇 〇〇		
	薬 局	薬 局 名 〇〇〇〇〇〇薬局 所 在 地 □□市△△町20番地 薬剤師名 ◇◇ ◇◇◇◇		
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所 在 地 代表者名		

指定医確認済



* DPC 請求の場合

主病名（一番医療費を投じた疾病群）が透析など更生医療の対象となる医療を含む場合は入院費も概算額に計上できます。この場合は、概算額に「DPC 請求」と記入しておくとうわりやすくなります。主病名が透析などを必要としない病名（例えば骨折、癌、肺炎など）の場合は、DPC による入院費などの計上はできません。この場合は、入院期間中の更生医療の対象となる透析等の処置代のみを出来高で記入してもらってください。



* 受給者証に記載する助言例 *

「入院費は主病名が透析を必要とする疾病の場合のみ更生医療給付対象となります。原疾患や透析の合併症に対する治療薬は更生医療給付対象外です。」



DPC 対象病院一覧（対象医療機関の変更、追加の可能性があります）			
1	熊本大学医学部附属病院	10	阿蘇医療センター
2	済生会熊本病院	11	くまもと県北病院
3	熊本赤十字病院	12	有明医療センター
4	国立病院機構熊本医療センター	13	宇城総合病院
5	熊本市立熊本市民病院	14	上天草総合病院
6	熊本中央病院	15	天草第一病院
7	くまもと森都総合病院	16	天草地域医療センター
8	江南病院	17	水俣市立総合医療センター
9	熊本総合病院	18	公立多良木病院

※じん臓機能障害におけるDPC対象医療機関

2) 心臓機能障害

① 給付対象

- 心臓疾患により心臓機能に障害を有する身体障害者であって、手術により心臓機能障害の軽減または除去が図られ、将来確実に生活能力の回復の見込みがあるもの。
- おおむね3ヶ月程度の医療で相当確実な治療効果を期待できるもの。

② 給付範囲

- 心臓疾患に対する手術及びこれに伴う医療に限ります。
- 内科的治療は適用外です。
- 予防的な手術や検査のみの場合は更生医療の対象となりません。

③ その他

- 同一入院期間中に経皮的冠動脈形成術を複数回行う場合（事前に計画されている場合）は1枚の意見書にまとめて記入することができます。

* 記入例 *

4月1日の冠動脈造影検査にて#3と#13に90%閉塞あり。
4月2日に#3、4月7日に#13のPCIを施行予定

- * 1回の手術の給付対象期間は最大90日までです。
- * 心臓疾患の原因や治療法には様々なものがあります。心臓機能障害の手帳をお持ちであれば病名が異なっても心臓の手術によって更生が見込めるなら更生医療の対象となります。



心臓機能障害の場合、「手術が終わった時点で障害は除去された」と考えられますので、基本的には手術後の侵襲(手術による影響)がなくなった時点で更生医療の対象からはずれます。

自立支援医療（更生医療）意見書（心臓機能障害）

氏 名	〇〇 〇〇〇		M T <u>S</u> H R 22年11月12日生	
住 所	〇〇郡△△町1234番		身体障害者手帳	1 種 4 級
病 名	大動脈弁狭窄症		発 病	M T S <u>H</u> R 〇〇 年 1 月 日 頃
現 症 ① 発症時期 ② 症状 ③ 検査日 ④ 検査項目 ⑤ 検査結果	令和〇〇年1月頃より息切れ増悪あり。同年3月1日の心エコー検査で大動脈弁狭窄症（弁口面積0.91㊤ん2、圧較差30mmHG、最血流速度3.5m/s）。狭窄度は中等度適応となる。 判定に必要な事項 ① 発症時期 ② 症状等、③ 受診、検査日 ④ 検査の種類⑤ 検査結果(狭窄部位、内容等)			
医 療 の 具体的方針 (治療効果の見込みも併せて記載してください)	経カテーテル的大動脈生体弁植込み術 (治療効果の見込み) 手術名、手術部位(他の部位にも病変等がある場合)及び手術で期待できる効果は必ず記載が必要です。 〇〇の予防は不可。 治療により心機能回復が見込まれる			
入院年月日	令和〇〇年 5 月 6 日	手術予定日	令和〇〇年 5 月 13 日	給付期間は、入院90日までです。PCI(経皮的冠動脈形成術)は1回の手術につき概ね30日程度が目安。
入院から手術までの期間が長い場合は、その期間の入院理由が更生医療適応となるか、医療機関に確認して適応期間を決定してください。 7 日間 日間 日間 回数 回数 回数				
医療費等概算額	手 術	4,287,100 円	検 査	65,000 円
	投 薬	5,000 円	基 本 診 療	0 円
	注 射	870 円	入 院	315,000 円
	処 置	700 円	そ の 他	0 円
	訪問看護費	0 円	移 送 費	0 円
	合 計	4,673,670円		
医療等に要する費用の見込み額	入院医療費 通院医療費 訪問看護費	4,673,670 円 円 円	移 計	同じ金額になります 4,673,670 円
指定医療機関	病 院 診 療 所	令和〇〇年4月6日 記載日の記入 医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇病院 所 在 地 □□郡△△△町10番地 医 師 名 〇〇 〇〇 指定医療機関の名称及び主として担当する医師名が必要です。		
	薬 局	薬 局 名 所 在 地 薬剤師名		
	訪問看護事業所	訪問看護事業者名 所 在 地 代表者名		

指定医確認済 (印)

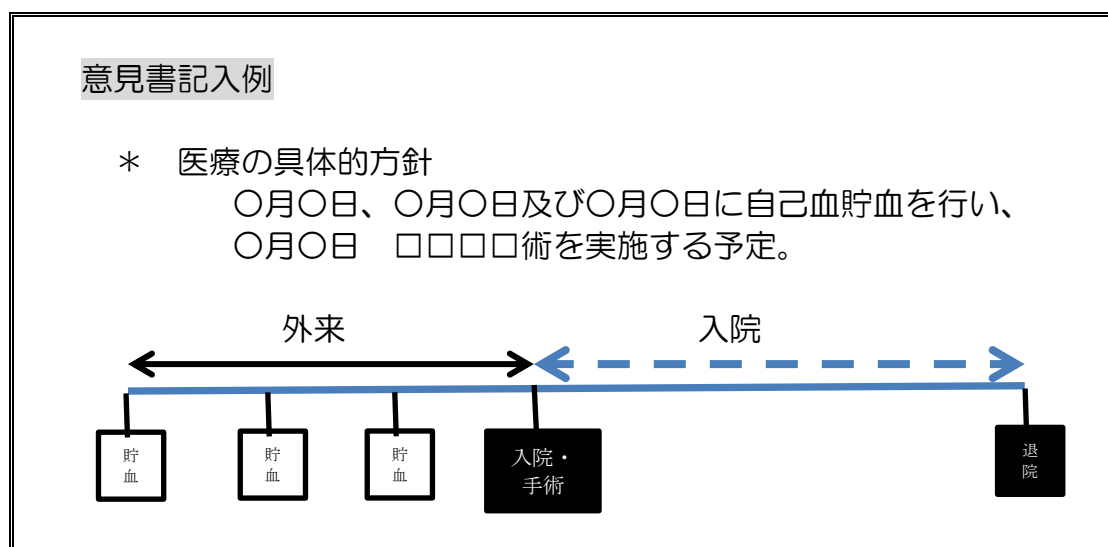
3) 肢体不自由

① 給付対象となる障害の状態と給付内容

障害の状態	給付内容（例）
麻痺による障害	理学療法、作業療法など
関節拘縮、 強直、変形	関節固定術、関節形成術、骨切り術 人工関節置換術など
不良切断端	義肢装着のための断端形成術など

② 支給認定の範囲

- 手術前の自己血貯血は、通院に続く入院と併せて最長 90 日間です。
自己血貯血は数週間おきに複数回行われることがあり、ケースによっては手術後のリハビリ期間が足りなくなることも予測されますので、必要に応じて期間延長が必要となります。



- 整形外科手術の場合、給付対象となる障害部位と医療対象部位の整合性が必要となります。手帳名が「左股関節機能の著しい障害」の場合、左股関節の医療しか出来ません。右股関節の手術などが必要な場合は障害名追加を行ってください。障害名の追加が出来ない場合は更生医療の対象になりません。体幹機能障害、脳原性運動機能障害、移動障害等の手帳では障害部位の特定ができないため、疾患名や現在の状態等について個別に検討が必要となりますので、その都度ご相談ください。

（例） 右股関節の軽度の障害 ⇒ 右股関節の手術のみ可
左上肢機能の著しい障害 ⇒ 左上肢の手術のみ可
体幹機能障害 ⇒ 更生医療の対象にならない場合あり

- 骨折の治療は基本的に一般治療にあたるため更生医療の対象にはなりません。

自立支援医療（更生医療）意見書（肢体不自由）

氏名		〇〇 〇〇〇		MT(S)H R 23 年 12 月 6 日生	
住所		〇〇市△△町 1 2 3 4 番地		身体障害者手帳 2 種 4 級	
病名		両側変形性股関節症		発病 MT S(H)R×× 年 月 日 頃	
現症 ① 発症時期 ② 症状 ③ 検査日 ④ 検査項目 ⑤ 検査結果		令和〇〇年 4 月 2 3 日 * 次の事項の記載が必要です。 1 ①発症時期 ②症状 ③受診、検査日 ④X-P 等查の種類 ⑤検査結果(部位、内容) 2 術後、転院してリハビリのみの申請や同一医療機関でのリハビリ期間の延長の場合は、術名・術施行日、リハビリの内容等、引き続きリハビリが必要な理由。			
医療の具体的方針 (治療効果の見込みも併せて記載してください)		右人工股関節全置換術及びその後の理学療法施行予定 (治療効果の見込み) 手術及びリハビリにより疼痛が軽減し、日常生活の向上が期待される。			
入院年月日		令和〇〇年 4 月 2 3 日		手術予定日 令和〇〇年 4 月 2 6 日	
入院から手術までの期間が長い場合は、その期間の入院理由が更生医療適応となるか、医療機関に確認して適応期間を決定してください。		90 日間 に期間 回 並びに期間 回		給付期間は、入院・通院あわせて 90 日までです。	
医療費等概算額		1,300,000 円		検 査 60,000 円	
		投 薬 50,000 円		基 本 診 療 0 円	
		注 射 50,000 円		入 院 1,350,000 円	
		処 置 60,000 円		そ の 他 300,000 円	
		訪問看護費 0 円		移 送 費 0 円	
		合 計		3,170,000 円	
医療等に要する費用の見込み額		入院医療費 3,170,000 円 通院医療費 円 訪問看護費 円		移 同金額になります 円 計 3,170,000 円	
指定医療機関		令和〇〇年 4 月 1 0 日 記載日の記入 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 □□市△△△町 1 0 番地 医師名 〇〇 〇〇 指定医療機関の名称及び主として担当する医師名・薬剤師名・訪問事業所名が必要です(薬局は院外処方時、訪問看護は必要時に記載)。 薬 局 薬 局 名 所在地 薬剤師名 訪問看護事業所 訪問看護事業者名 所在地 代表者名			

指定医確認済（印）

4) 肝臓機能障害

① 対象者

肝臓疾患により肝臓機能に障害を有する身体障害者であって、肝臓移植により肝臓機能の障害に基づく症状が軽減又は除去され、日常生活能力回復の見込みのあるもの。

② 支給認定の範囲

- 肝移植術及びこれに伴う医療に限る。
- 肝移植後の免疫抑制療法及び移植肝機能検査。
- 肝臓機能障害を招来した原疾患に対する治療は適用外です。

***B型C型肝炎等の内科治療は更生医療対象とはなりません。**

。

自立支援医療(更生医療)意見書 (肝臓機能障害)

氏 名	〇〇 〇〇〇		M T S H R 5 3 年 2 月 3 日生	
住 所	〇〇郡△△町1234番		身体障害者手帳	1 種 4 級
病 名	C型肝炎・肝硬変（肝移植後）		発 病	M T S H R 1 5 年 1 月 日 頃
現 症 (障害の状況、検査内容等を記入してください)	C型肝炎・肝硬変に対して令和〇〇年11月6日、生体肝移植術施行。 拒絶反応を制御するため、免疫抑制療法施行中。 肝臓移植が施行され、抗免疫療法が必要であるという内容が必要です。			
医療の 具体的方針	肝移植後の抗免疫療法 具体的方針と治療効果の見込みは必ず記載が必要です。 より日常生活に戻ることができる。			
	日	手術予定日	年 月 日	
治 療 見込期間	入院治療期間 日間 通院治療回数並びに期間 回 1 2ヶ月間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 期間は1年までです。			
医療費等概算額	手 術	0 円	検 査	78,000 円
	投 薬	670,000 円	基 本 診 療	8,400 円
	注 射	0 円	入 院	0 円
	処 置	0 円	そ の 他	65,000 円
	訪問看護費	0 円	移 送 費	0 円
	合 計	821,400 円		
医療等に 要する費用の 見込み額	入院医療費 0 円 通院医療費 821,400 円 訪問看護費 0 円	移	同じ金額になります 計 821,400 円	
指 定 医 療 機 関	病 院	令和〇〇年 4 月 1 7 日 記載日の記入 医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇〇病院 所 在 地 □□市△△△町10番地 医 師 名 〇〇 〇〇		
	薬 局	薬 局 名 〇〇〇〇〇〇〇〇薬局 所 在 地 □□市△△△町20番地 薬剤師名 ◇◇ ◇◇		
	訪問看護 事業所	訪問看護事業者名 所 在 地 代表者名		

指定医確認済 (印)

5) 免疫機能障害

① 対象者

ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害を有する身体障害者であって、抗HIV剤の投与などにより免疫の機能の障害に基づく症状が軽減又は除去され、日常生活能力の回復の見込みのあるもの。

② 支給認定の範囲

- 健康保険の診療方針及び診療報酬の例による診療で、かつ、免疫の機能の改善を図るもの。
- 抗HIV療法、免疫調整療法などHIV感染に対する医療に限る。



免疫機能障害判定の際は、**プライバシーの保護**に十分注意してください。

（対応は最小限の担当者で行い、免疫不全や HIV 等の**言葉**を使用しないように配慮し、書類は**鍵**のかかるところに**保管**し、担当者以外の目の触れないように十分注意してください。また、担当者以外の職員に対しても、対応の仕方について各職場の研修会等で徹底をお願いします。）

お願い

判定依頼の際は、氏名欄を付箋等で目に触れないようにし、
相談所担当者（宮本）宛 **親展** 文書として郵送してください。

また、判定書は市町村担当者宛に親展文書として発送しますので、
必ず**担当者氏名**を明記してください。

自立支援医療(更生医療)意見書 (免疫機能障害)

氏 名	〇〇 〇〇〇		〇 日生	
住 所	〇〇郡△△町 1 2 3		〇 級	
病 名	免疫不全症	発 病	M T S (H) R 2 1 年 1 月 1 5 日頃	
現 症 (障害の状況、検査内容等を記入してください)	全身倦怠感あり令和△△年6月1日保健所受診。その際、HIV-1抗体陽性が判明した。 令和〇〇年3月17日、CD4陽性リンパ球 179/μl、HIV-1RNA 38200コピー/mlだったため抗HIV剤の多剤併用療法開始。現在、CD4陽性リンパ球 780/μl、HIV-1RNA <50コピー/mlと治療効果良好。 発症、受診、検査の日時、検査結果、現在の状態などの記載が必要です。			
医 療 の 具体的方針 (治療効果の見込みも併せて記載してください)	抗HIV剤の多剤併用療法 (cART) の開始 (治療効果の見込み) 抗HIV剤の多剤併用療法 (cART) の開始にて免疫力の回復、維持が期待される。 具体的方針と治療効果の見込みは必ず記載が必要です。			
入院年月日	年 月 日	手術予定日	年 月 日	
治 療 見込期間	入院治療期間 日間 通院治療回数並びに期間 回 1 2ヶ月間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間 通算 期間は 1 年までです。			
費 等 概 算 額	注 射	0 円	検 査	300,000 円
	処 置	0 円	基 本 診 療	20,000 円
	訪問看護費	0 円	入 院	0 円
	合 計	2,720,000 円		
	医療等に要する費用の見込み額	入院医療費 0 円 通院医療費 2,720,000 円 訪問看護費 0 円	移 計	0 円 2,720,000 円 0 円
指 定 医 療 機 関	病 院	令和 〇〇年 3 月 1 7 日 記載日の記入 医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇〇病院 所在地 □□市△△△町 1 0 番地 医師名 〇〇 〇〇		
	薬 局	薬 局 名 〇〇〇〇〇〇〇〇薬局 所在地 □□市△△△町 2 0 番地 薬剤師名 ◇◇ ◇◇		
	訪問看護事業所	訪問看護事業者名 所在地 代表者名		

指定医確認済 (印)

重要!

障がい第375号
平成27年6月10日

各市町村 障害福祉所管課長 様

熊本県健康福祉部
子ども・障がい福祉局障がい者支援課長

自立支援医療費受給者証（更生医療）の記載について

このことについて、「自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱 第5 支給認定 3 更生医療の提供に関する具体的方針は、判定書に基づき、受給者証裏面に詳細に記入すること。」と定められていますが、免疫機能障害の患者から障害名等を人目に触れないように改善して欲しいとの要望がありました。

「免疫機能障害」については、免疫機能障害の患者であることが直接の関係者以外に分からないように、受給者証の「公費負担対象となる障害」及び「医療の具体的方針」の欄については当該事項を明記をしないよう御配慮をお願いします。

また、医療機関へ通知する決定通知書については、「公費負担対象となる障害」及び「医療の具体的方法」を記載し、医療機関の更生医療担当職員あてに親展及び書留で送付をお願いします。

【担当】
総務班 吉田
TEL 096-333-2250

受給者証

病名は「*****」
と記載してください！

この通知をご存
じですか？



その他の障害について



■ 小腸機能障害

対象者

小腸大量切除又は小腸機能に障害を有する身体障害者であって、中心静脈栄養法により小腸機能障害に基づく栄養維持の困難な状態が軽減又は除去され、日常生活能力の回復の見込みのあるもの。

支給認定の範囲

- 小腸機能障害に対する中心静脈栄養法
- 中心静脈栄養法に伴う医療

■ 聴覚障害

対象者

聴覚に障害を有する身体障害者であって、手術などにより聴覚障害が軽減又は除去され、日常生活能力回復の見込みがあるもの。

支給認定の医療例

- 人工内耳埋め込み術、鼓室形成術

■ 音声・言語・そしゃく

対象者

音声・言語・そしゃくに障害を有する身体障害者であって、手術などにより障害が軽減又は除去され、日常生活能力回復の見込みがあるもの。

支給認定の医療例

- 顎口蓋形成術、外傷性発音構語障害の形成術



4 判定依頼の手順

1) 判定依頼の要否について

市町村は、支給要否決定を行うに当たって必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、市町村審査会又は身体障害者福祉法第九条第七項に規定する身体障害者更生相談所その他厚生労働省令で定める機関の意見を聴くことができます。
(法第二十二條二項)

2) 意見を聴く場合に必要な書類

1. 判定依頼書（意見書1通につき1枚）
2. 自立支援医療（更生医療）意見書（原本）

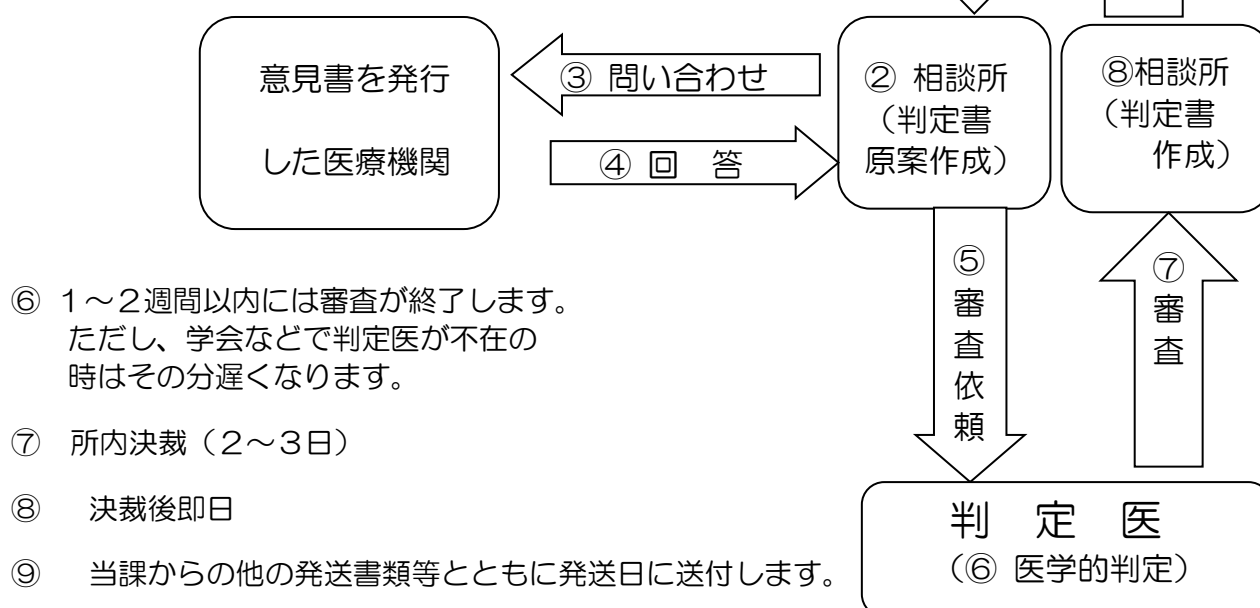


を相談所に送付してください！

3) 判定事務にかかるおおよその所要日数

(③④は意見書に不備等があった場合のみ)

- ② 遅くとも1週間以内（医療機関への問い合わせに対する回答・意見書の訂正等に時間を要する場合はかかった日数がプラスになります。）
- ③ 意見書チェックがすみ次第問い合わせをします。
- ④ 電話ですぐ回答が得られる場合から、督促しても1ヶ月前後、回答・訂正に時間を要する場合があります。（大体1週間前後が多いようです）
- ⑤ 判定医へ書類を持参します。（判定医の外来日にあわせて週に1回程度持参）

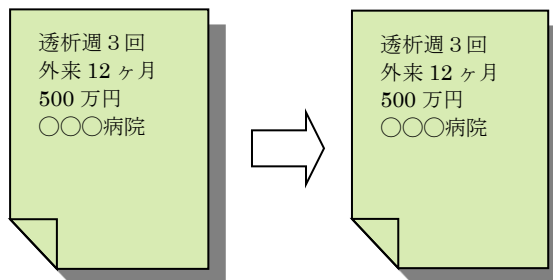


市町村で医学的判断が可能であると思われる例

1 以下の内容に関する再認定であり、支給内容が前回と同じ場合。

- ・じん臓機能障害におけるじん臓透析療法
- ・心臓・じん臓・肝臓機能障害による移植術後の抗免疫療法
- ・免疫機能障害に対する抗 HIV 療法、免疫調整療法
- ・小腸機能障害に対する中心静脈療法

(次 P 資料 1 参照)



2 県内での移転
(同一の医療機関の場合)



A 市



熊本県内

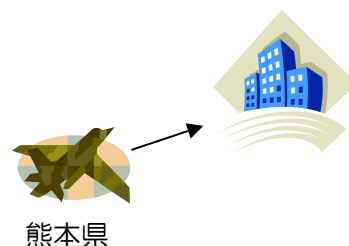


B 市

3 県外からの移転 (転入)
(同一の医療機関の場合)

※ただし、2 および 3 については
平成 18 年 7 月 14 日付け事務連絡

(次 P 資料 2 参照) に基づき手続きがなされた場合。



4



緊急かつやむを得ない事情により、支給認定期間を延長する必要があると認められる場合。ただし、2 週間以内でかつ、1 回に限る。

(自立支援医療費 (更生医療) 支給認定実施要項
第 7 自立支援医療費の支給の内容等ー2 参照)

上記に該当しない場合でも、市町村で判定が可能と判断される場合は、市町村で判定をしていただいて大丈夫です。

逆に、身体障害者更生相談所 (熊本県福祉総合相談所) への判定依頼は、市町村が医学的判断の意見を聴く必要があると認めるときに、いつでも行うことができます。

障発 0619 第 2 号
平成 25 年 6 月 19 日

各 { 都道府県知事
指定都市市長
中核市市長 } 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

自立支援医療の支給認定における再認定の取扱いについて

自立支援医療の支給認定については、平成18 年3 月3 日障発第0303002 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「自立支援医療の支給認定について」により実施しているところであるが、今般、支給認定における再認定について規定する同通知別紙2「自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱」第5 及び別紙3「自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱」第6 の取扱いについて、下記のとおり確認するので、貴管内市町村を含め関係者及び関係団体に対する周知の上、円滑に運営されるようご配慮願いたい。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22 年法律第67 号）第245 条の4 第1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

平成18年3月3日障発第0303002 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「自立支援医療の支給認定について」別紙2「自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱」第5 及び別紙3「自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱」第6 において、自立支援医療（育成医療及び更生医療）の再認定の原則的な取扱いについてお示ししているが、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18 年厚生労働省令第19 号）第35 条第2 項ただし書きに規定するとおり、支給認定の申請に当たり、申請書に添付しなくてはならない書類により証明すべき事実について、市町村等が公簿等によって確認することができる場合は、例外的に市町村等は当該書類を省略させることができる。

したがって、自立支援医療（育成医療及び更生医療）の再認定の申請をする場合の再認定の必要性を詳細に記載した医師の意見書についても、障害者等に病状の変化及び治療方針の変更がないことが確認できる場合には、市町村の判断により当該意見書の添付を省略して差し支えない。

（再認定の申請における意見書の省略が可能と考えられる例）

- ・腎臓機能障害に対する人工透析療法
- ・心臓・腎臓・肝臓の機能障害による移植術後の抗免疫療法
- ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する抗HIV 療法、免疫調整療法
- ・小腸機能障害に対する中心静脈栄養療法

事務連絡
平成18年 7月14日

都道府県
各 指定都市 自立支援医療（育成・更生・精神通院医療）担当課 御中
中核市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課 自立支援医療係長

自立支援医療における支給認定有効期間内に
居住地を移転した場合の取扱いについて

自立支援医療につきましては、日頃より御協力いただき、御礼申し上げます。
標記については、下記のとおりので関係機関への周知方願います。

記

1. 受診者等が、支給認定を受けていた都道府県・市町村（以下「移転前自治体」という。）から有効期間内に他の都道府県・市町村へ居住地を移転した場合、移転先の都道府県・市町村（以下「移転先自治体」という。）に支給認定に申請することとなるが、この場合、新規申請の取扱いとなるため、受診者等は、障害者自立支援法施行規則第35条に基づき、医師の意見書又は診断書、被保険者証等、「世帯」の所得の状況が確認できる書類等を添付の上、申請を行い、移転先自治体は、通常の新規申請の場合と同様の手続きにより、支給認定を行うこととなる。
2. この場合に添付する医師の意見書又は診断書は、新規に取得していただくこととなるが、移転先自治体は、移転前自治体で支給認定を受ける際に提出した医師の意見書又は診断書（写しでも可）を受診者等に添付させる。又は、移転前自治体から取り寄せることにより、移転前自治体が認定していた有効期間を超えない範囲で支給認定を行うことは差し支えない。なお、支給認定を行う根拠となるのは、あくまでも医師の意見書又は診断書であるため、移転前自治体で発行された受給者証により支給認定を行うことは認められないので留意すること。
3. この場合の支給認定の有効期間の始期については、精神通院医療においては、移転先の市町村において申請書を受理した日からとし、育成医療・更生医療においては、受診者が入院中に居住地を移転すること等も想定されることから、居住地を移転し、移転先自治体が申請書を受理した日以降で、移転前自治体と移転先自治体において協議の上、設定していただきたい（例えば、居住地を移転し、移転先自治体で申請書を受理した日の属する月の末日までは移転前自治体の実施主体となり、その翌日以降、移転先自治体の実施主体となる等）。

（照会先）

厚生労働省障害保健福祉部

精神・障害保健課 自立支援医療係
岩倉 堀内

TEL : 03-5253-1111(内線 3057)

4) 同時申請について

自立支援医療（更生医療）は、身体障がいの認定を受けた者に対し、障がいの除去・軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療費を給付する制度であるため、身体障害者手帳が必須となります。

本来、身体障害者手帳の障がい認定、手帳交付には一定の期間を有するものですが、熊本県では、速やかに医療を実施する必要がある、かつ、明らかに障がい認定が可能である場合に限って、身体障害者手帳交付申請と自立支援医療（更生医療）を同時に申請すること（以下「同時申請」という。）を認めています。具体的な要件については、以下のとおりです。

具体的な要件にあてはまらないものは、同時申請の対象にはなりません。

具体的要件

身体障害者手帳の交付を受けていない者が、障がいを軽減する医療を受ける場合に、その医療を受けてもなお、身体障害認定基準を疑義なく満たし、手帳が交付されることが明白であると考えられる、下表に掲げるもの。

障害名	施術名
心臓機能障害	・ペースメーカー植込み術 ・人工弁置換術 ・心臓移植術（抗免疫療法を含む）
じん臓機能障害	・慢性透析療法（急性じん不全における血液透析濾過を除く） ・じん臓移植術（抗免疫療法を含む）
肝臓機能障害	・肝臓移植術（抗免疫療法を含む）
免疫機能障害	・抗 HIV 療法

* 同時申請時の確認事項は以下のとおりです！



- ・受付日（電話があった日）
- ・氏名
- ・生年月日
- ・居住地
- ・電話番号
- ・障害の区分
- ・医療内容（手術や施術名等）
- ・医療実施日（入院日、手術日、透析開始日等）
- ・更生医療の適用日
- ・医療機関名

※同時申請の適用日に関する注意点※

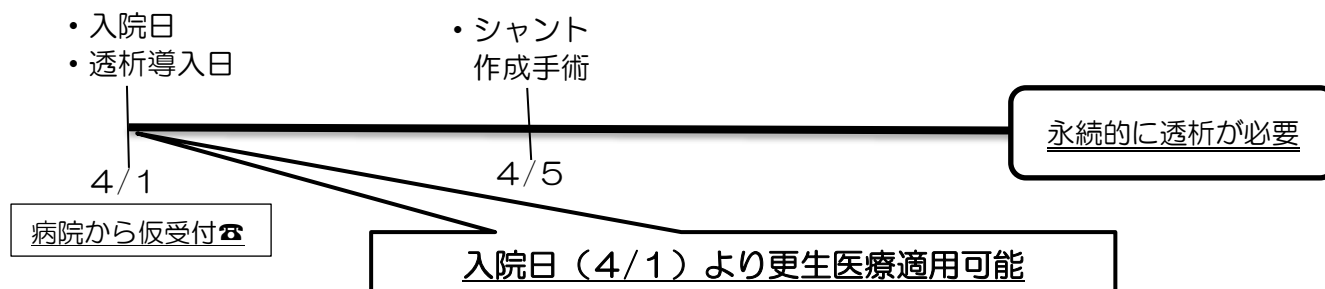
現在、同時申請の適用日については、実施主体の市町村に決めているところですよ。

同時申請でない場合（身体障害者手帳所持の場合）は、手術・透析導入目的の入院であれば、入院日から更生医療適用となります。

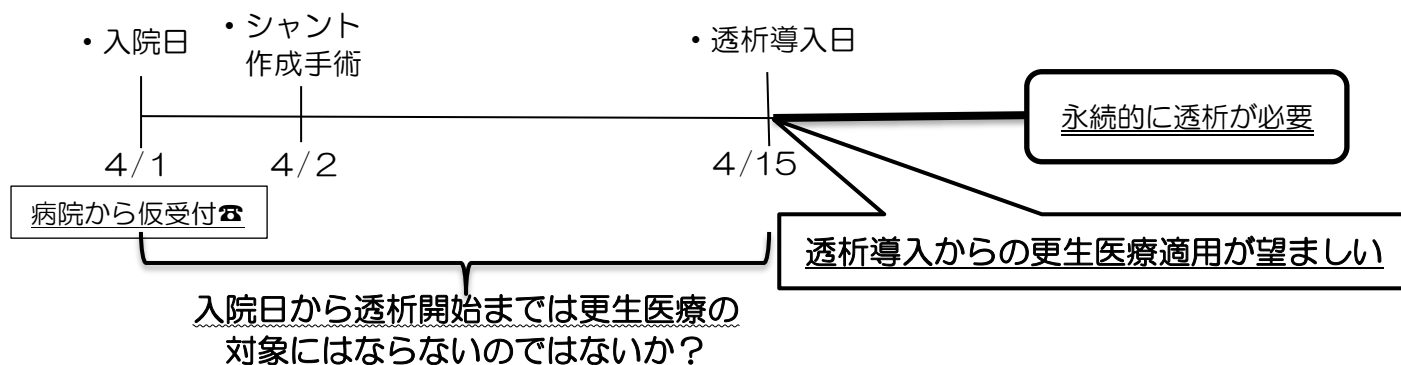
しかしながら、同時申請の対象は、速やかに医療を実施する必要があり、かつ、明らかに障がい認定が可能である場合に限るとしていることから、同時申請の場合は、原則、手術に関しては手術当日、透析に関しては透析導入日、もしくは前日の入院までを想定しています。



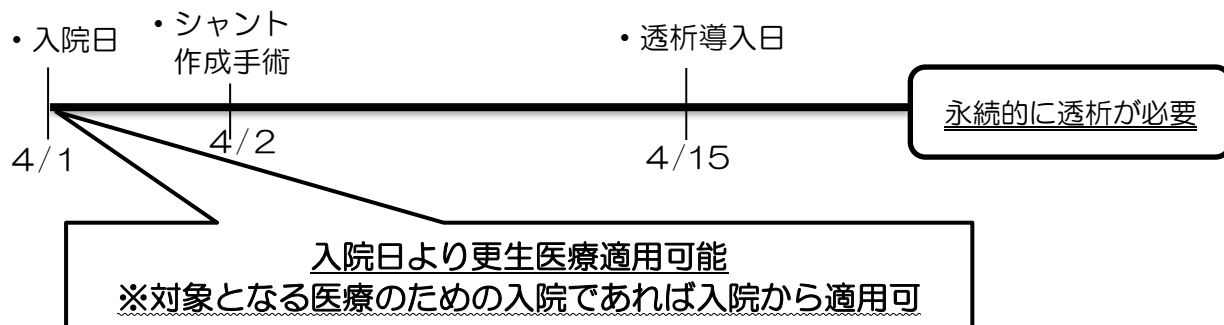
例1 同時申請時（入院日と同日に透析開始した場合）



例2 同時申請時（透析開始より一定期間前に入院し、シャントを作成した場合）



例3 すでに身体障害者手帳を保持している場合【同時申請ではない場合】



適用日考え方の例を載せていますが、あくまで更生医療の主体は市町村のため、適用日については十分検討し、決定してください。

5) 判定依頼書作成時の留意点

判 定 依 頼 書（参考例）

☆☆☆第1234号
〇〇年5月19日

熊本県福祉総合相談所長 様

〇〇町長 熊本 花子  印

身体障害者	氏 名	ながみね たろう 長嶺 太郎		生年月日	昭和〇〇年5月5日（50歳）
	住 所	〒□□□-□□□□ 〇〇郡〇〇町〇〇△△△番地			
身体 障害者 手帳		交付年月日	番 号	（ 都・道・府・県・市 ）	等 級
		交付 平成〇年〇月〇日			
		再交付 年 月 日			
第△△△△△号	1種1級				
障害名		糖尿病性腎症による自己身の日常生活が極度に制限されるじん臓機能障害 完全房室ブロックによる社会での日常生活活動が著しく制限される心臓機能 障害（4級）			
現 況	職 業	在宅 入所 入院			
	使用補 種目、 及び型	心臓のペースメーカー植込み術や弁置換術の判定依頼時は、手術前の手帳の障害名を記載してください。			
判定依頼 事項	1 補装具費支給（購入・修理）の要否 補装具の種目、名称及び型式 ☐ 新規 ☐ 再支給 前回交付 年 月 日				
	2 自立支援医療（更生医療）費支給の要否 ☐ 新規 ☐ 再認定 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ☒ 変更（医療内容、医療機関変更） ☒ その他（併行受療）				
	3 その他 併行受療の理由と併行受療前の治療形態を備考欄に記載してください				
備 考		併行受療の理由：心臓の手術のため 併行受療前の治療形態（〇〇病院 血液透析 外来 12か月）			

判定依頼書作成時の留意点



- 1 公印は必ず押してください。
- 2 氏名、(フリガナ)、生年月日、住所は住民基本台帳どおりに記入してください。
郵便番号も必ず記入してください。
- 3 再交付日の記入がある方は、再交付の理由（紛失、記載内容変更、障害名追加など）を記入していただくと助かります。
- 4 障害名は手帳台帳に記入されているとおり(申請者の手帳に記入してあるとおり)に転記してください。心臓の弁置換術、ペースメーカー植込み術の場合は、手術後に手帳の障害等級が変更となることが多いため、手術前の障害名を記入してください。
同時申請で判定を依頼する場合は、手帳交付後に送付してください。

5

イ 新規

- ① 初めて自立支援医療（更生医療）を受ける場合
- ② 前自立支援医療費の支給を受けていた人が、いったん支給をやめた後、再開した場合。
- ③ 県外から転入した場合

ロ 再認定

支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合（内容の変更なし）

ハ 変更

- ① 医療内容の変更とは、医療の具体的な内容の変更（血液透析→腹膜透析、血液透析・シャント作成術→じん移植など）、入院及び通院日数の変更があった場合
- ② 医療機関変更とは、更生医療を受給する医療機関を変更した場合

ニ その他（併行受療）

- ① 他の疾患加療等のため、他の指定医療機関で自立支援医療（更生医療）を受給すること。
他の疾患で入院する場合、入院費は支給対象外です。
（例）・A 病院で通院による透析を受けていたが、心臓の手術のため B 病院へ入院し、入院中の透析は B 病院で行う場合。（入院費は支給対象外）
・C 病院で通院による透析を受けていたが、シャントが閉塞したため、D 病院での入院又は外来による処置が必要となった場合。
（入院費はシャントトラブルによるもののため支給対象） など

併行受療はやむを得ない場合が前提のため、入院期間が長期になる場合や退院日が未定の場合などは、併行受療ではなく、医療機関変更で対応を行って下さい。
「自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要項第5項の6」参照

6

- ① 更生医療は事前申請が原則であり、受診の際には受給者証の呈示が必要です。諸事情により、更生医療給付希望日以降に判定依頼を行う場合は、遅延理由（「手帳同時申請のための手続遅延」など）を簡単に記載していただくと助かります。
- ② 併行受療の場合は、併行受療の理由（入院の場合は入院が必要な理由も明記）と併行受療前の治療形態（本来利用している医療機関名、入院や通院形態、治療の内容など）を、必ず記載してください。

重要!

熊本市や他県から転入の際は、備考欄に「〇〇県より転入」と記載をお願いします。転入の場合は、身体障害者手帳の転入処理終了後に、更生医療の判定を行うため、通常の判定依頼時よりも判定事務に時間がかかります。

判定依頼チェックリスト



判定依頼書

- ☐ 氏名（フリガナは必須）、性別、生年月日、住所の確認（住民基本台帳どおりであるか）
- ☐ 手帳内容の確認（申請時の障害名を記載）
- ☐ 手帳コピー添付（他県・熊本市からの転入時のみ）
- ☐ 判定依頼事項（新規・再認定・変更・その他）の記載確認
- ☐ 備考欄の記載

併行受療の場合	☐ 併行受療の理由記載 ☐ 併行受療前の治療形態記載
他県等からの転入の場合	☐ 「〇〇県から転入」等記載
判定依頼が遅延した場合	☐ 遅延理由
意見書の記載日より後に手帳が再交付されている場合	☐ 再交付理由（例：手帳の紛失など）

意見書

- ☐ 氏名、生年月日、住所の確認（住民基本台帳どおりであるか）
- ☐ 病名の記載があるか
- ☐ 現症、医療の具体的方針、治療効果の見込みは記載されているか
- ☐ 治療見込み期間は記入されているか
- ☐ 医療費概算額の合計はあっているか
- ☐ 医療費等概算額合計と医療等に要する費用の見込み額合計は合致しているか
- ☐ 意見書記載日が記入されているか
- ☐ 指定医療機関であるか
- ☐ 指定医療機関（医師名、薬剤師名を含む）であることの確認済みの印鑑は押印しているか

＊ じん臓の意見書については以下の事項についても確認してください。

- ☐ 現症欄記載（☐ 血圧 ☐ 血清クレアチニン ☐ 血清尿素窒素）
- ☐ 医療の具体的方針
 - ☐ 1に〇の場合 回数を記載
 - ☐ 2に〇の場合 具体的な治療内容記載があるかどうか
- ☐ 入院治療期間の記載がある場合、入院が必要な理由が記載されているか

免疫発送時

＊ 他の判定依頼書と別にして封書で送付してください

- ☐ 氏名を付箋で隠す
- ☐ 相談所担当者あての親展文書で送付
- ☐ 市町村担当者名の記載

5 判定依頼の取り下げ

判定依頼を取り下げる場合は、

取り下げ依頼書（要公印）



を相談所に送付してください。

- * すでに判定書が市町村に届いている場合は、取り下げ手続きは不要です。支給決定は市町村で行うことになっていますので、市町村で必要な手続きを行ってください。

参考様式

第 号
令和 年 月 日

所長 様

市町村長 印

自立支援医療（更生医療）判定依頼取り下げについて（依頼）
令和○年○月○日付け 第 号で依頼しました自立支援医療（更生医療）の判定依頼について、下記の理由により取り下げます。

記

- 1 申請者氏名
- 2 申請者住所
- 3 取り下げ理由

申請者の取り下げ書コピーは
添付不要です。依頼文に取り
下げ理由詳細を明記してくだ
さい。

6 問い合わせ先

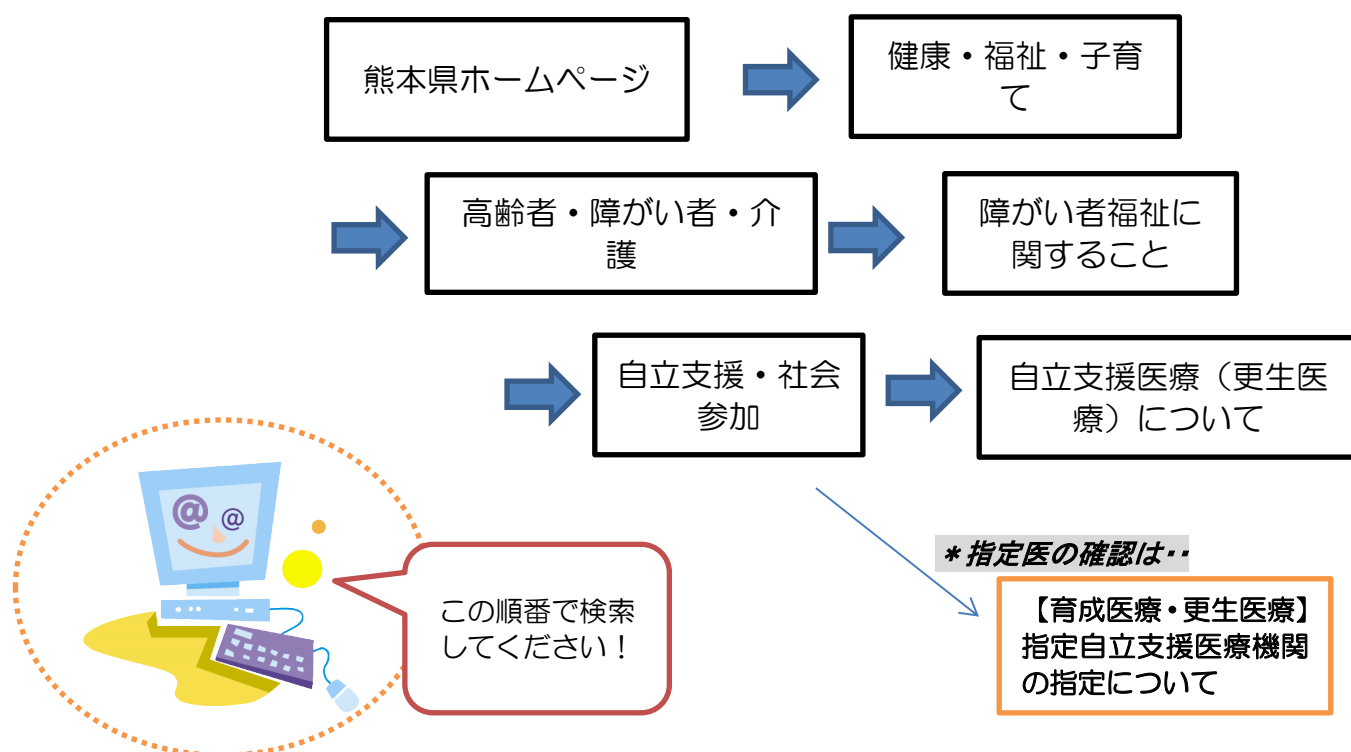


問い合わせ先

電話番号 096-381-4461（障がい相談課直通）
FAX 番号 096-381-4412

7 意見書様式等のダウンロード方法

様式等は熊本県のホームページからダウンロードできます。
以下の順番でクリックしてってください。



関係法令等

障発第 0303002号

平成 18 年 3 月 3 日

(最終改正 障発 1125 第 5 号 こ支障第 240 号

令和 6 年 11 月 25 日)

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部長

こども家庭庁支援局長

自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 58 条第 1 項に基づく自立支援医療費（更生医療）（以下単に「更生医療」とする。）の支給認定（以下「支給認定」という。）についての事務手続及び運営等については、法令及び通知によるほか、本要綱により行い、もって支給認定の適正な実施を図るとともに効率的な運営に努めること。

第 1 定義

- 1 指定自立支援医療の提供を受ける障害者を「受診者」という。
- 2 自立支援医療費の支給を受ける者を「受給者」という。
- 3 自立支援医療費の支給認定の申請を行おうとする者又は行った者を「申請者」という。
- 4 住民基本台帳法（昭和 42 年法律第 81 号）に基づく住民基本台帳上の世帯を「世帯」という。
- 5 申請者並びに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成 18 年政令第 10 号。以下「令」という。）第 29 条第 1 項に規定する支給認定基準世帯員で構成する世帯（自立支援医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「世帯」という。

第 2 更生医療の対象

更生医療の対象となる者は、身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 4 条に規定する身体上の障害を有すると認められる者であって、確実な治療の効果が期待できるものとする。

- 1 更生医療の対象となる障害は、次のとおり障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第 6 条の 18 で定めるものであること。
 - (1) 視覚障害によるもの
 - (2) 聴覚、平衡機能の障害によるもの

- (3) 音声機能、言語機能又はしゃく機能の障害によるもの
- (4) 肢体不自由によるもの
- (5) 心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害によるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）
- (6) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）

2 更生医療の対象となる障害は、臨床症状が消退しその障害が永続するものに限られること。また、更生医療の対象となる医療は、当該障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られることから、当該障害に該当しても、他の法令等に基づく他の趣旨の医療により治療される部分については、更生医療の対象にならないこと。内臓の機能の障害によるものについては、手術により障害が補われ、又は障害の程度が軽減することが見込まれるものに限るものとし、いわゆる内科的治療のみのものは除くこと。

なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となるものであること。

3 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は以下のとおりとする。

- (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治療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（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

第3 支給認定の申請

支給認定の申請は、施行規則第35条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

1 申請に当たっては、申請書に指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師の作成する意見書（以下「医師の意見書」という。）、身体障害者手帳の写し、受診者及び受診者と同一の「世帯」に属する者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）並びに受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯の証明書、市町村民税世帯非課税世帯については受給者に係る収入の状況が確認できる資料）のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村長（特別区にあっては区長。以下同じ。）に申請させること。

- 2 医師の意見書は、支給認定に当たっての基礎資料となるものであるから、指定自立支援医療機関において更生医療を主として担当する医師が作成したものである必要があること。
- 3 市町村長は、所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの自立支援医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討し、申請の資格を有すると認められた者については、身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）の長に対し、更生医療の要否等についての判定（以下「判定」という。）を依頼するとともに、必要に応じ、申請者に期日を指示し、更生相談所に来所させること。

第4 更生医療の要否の判定

- 1 判定の依頼を受けた更生相談所の長は申請者について判定を行い、判定書及び付属書類を作成し市町村長に送付すること。
- 2 判定は、申請者について、医学的に支給認定を行うかどうかについての的確な判定を行い、更生医療を必要とすると認められた者については、医療の対象となる障害の種類、令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者（以下「重度かつ継続」という。）の対象疾病であるか否か、具体的な治療方針、入院又は通院回数等の医療の具体的な見通し及び更生医療によって除去軽減される障害の程度について具体的に判断を行うとともに、支給に要する費用の概算額の算定を行うこと。

なお、自立支援医療費の支給に要する費用の概算額は、健康保険診療報酬点数表を用いて、指定自立支援医療機関において実施する医療の費用（食事療養及び生活療養の費用を除く。）について算定すること。また、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の対象者の更生医療については、高齢者の療養の給付に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うものとする。

第5 支給認定

- 1 市町村長は、更生相談所の判定の結果、更生医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付すること。
また、判定の結果、更生医療を必要としないと認められた者については本要綱第3の3の却下手続に準じて通知書を交付すること。
なお、支給認定の際に指定自立支援医療機関において実施する医療以外に移送等を必要とすると認められた者については、それらに要する費用額の算定を行った調査書を作成すること。
- 2 受給者証の交付に当たっては、「世帯」の所得状況及び更生相談所の判定書に基づき、重度かつ継続への該当の有無の判断及び自立支援医療費支給認定通則実施要綱第2に定める負担上限月額額の認定を行った上で、施行規則の定めるところにより、受給者証を交付すること。また、必要に応じ自己負担上限額管理票を申請者に交付すること。

と。なお、認定を必要としないと認められる場合については認定しない旨、通知書を申請者に交付すること。

- 3 更生医療の提供に関する具体的方針は、判定書に基づき、受給者証裏面に詳細に記入すること。
- 4 自立支援医療費の支給の範囲は、受給者証に記載されている医療に関する費用に限られること。
- 5 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3か月以内とし、有効期間が3か月以上に及ぶ支給認定を行うに当たっては、特に慎重に取り扱われたいこと。なお、腎臓機能障害における人工透析療法及び免疫機能障害における抗HIV療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内とすること。
- 6 更生医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は同一受診者に対し原則1か所とすること。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない。
- 7 受診者が死亡した場合又は医療を受けることを中止した場合は、交付していた受給者証を速やかに市町村長に返還させること。

第6 更生医療の再認定及び医療の具体的方針の変更

- 1 支給認定の有効期間が終了した際の再度の支給認定（以下「再認定」という。）を申請する場合、申請者は、申請書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書、被保険者証等及び受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料のほか、腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、市町村長あて申請させること。市町村長は、更生相談所の長に対し、再認定の要否等についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、再認定が必要であると認められるものについて、再認定後の新たな受給者証を交付すること。また、再認定を必要としないと認められるものについては認定しない旨、本要綱第5の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。
- 2 有効期間内における医療の提供に関する具体的方針の変更について、変更の申請書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付の上、市町村長あて申請すること。市町村長は、更生相談所の長に対し、変更の要否等についての判定を依頼するとともに、更生相談所の判定の結果、変更が必要であると認められるものについて、変更後の新たな受給者証を交付すること。なお、医療の具体的方針の変更の効力の始期は、変更を決定した日以降とすること。また、変更を必要としないと認められるものについては認定しない旨、本要綱第5の2の却下手続に準じて通知書を交付すること。

第7 自立支援医療費の支給の内容及等

- 1 市町村長は、支給認定を受けた者が更生医療を受けた指定自立支援医療機関に対し、必要に応じ、治療経過・予定報告書（以下「報告書」という。）の提出を求めること。ただし、当該指定自立支援医療機関が薬局である場合はその必要はないこと。
- 2 緊急かつやむを得ない事情により、支給認定の有効期間を延長する必要があると指定自立支援医療機関が認める場合には、報告書にその旨を記入して提出させること。この場合において単なる期間延長として認められる期間は2週間以内とし、かつ、1回に限ることとし、なお、更生相談所における判定は要せず、市町村長の判断により期間延長の承認を行って差し支えないこと。2週間以上の期間を要するものについては、再認定として本要綱第6の1の取扱いによること。
- 3 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は、本要綱第2のとおりであるが、それらのうち治療材料等の取扱いについては、次によること。
 - (1) 自立支援医療費の支給は、受給者証を指定自立支援医療機関に提示して受けた更生医療に係る費用について、市町村が当該指定自立支援医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。
 - (2) 治療材料費は、治療経過中に必要と認められた医療保険適用のものであり、最少限度の治療材料及び治療装具のみを支給すること。
なお、この場合は現物給付をすることができること。また、運動療法に要する器具は指定自立支援医療機関において整備されているものであることから支給は認められないこと。
 - (3) 移送費の支給は、医療保険による移送費を受けることができない者について、受診者を移送するために必要とする最小限度の経費を支給することとすること。移送費等の支給申請は、その事実について指定自立支援医療機関の医師の証明書等を添えて、申請者から市町村長に申請させること。なお、家族が行った移送等の経費については認めないこと。
 - (4) 施術はマッサージのみ認めることとし、この場合は当該指定自立医療機関にマッサージ師がなく、かつ、担当の医師の処方に基づいて指定する施術所において施術を受ける場合にのみ、その費用を支給すること。
 - (5) 施術料及び治療材料費の費用の算定は次によること。
 - ア 施術料は保険局長通知「はり師・きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について」により算定すること。
 - イ 治療材料費の算定は、健康保険の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例によること。

第8 指定自立支援医療機関における診療報酬の請求及び支払

診療報酬の請求は、診療報酬請求書に診療報酬明細書を添付のうえ、当該指定自立支援医療機関所在地の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に提出させること。

第9 診療報酬の審査、決定及び支払

- 1 診療報酬の審査については「自立支援医療（育成医療・更生医療）の支給に係る診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」（社援発0322第4号平成24年3月22日厚生労働省社会・援護局長通知）及び「自立支援医療（育成医療・更生医療）の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」（社援更発第25号平成5年2月15日厚生労働省社会・援護局長通知）の定めるところによること。
- 2 診療報酬の額の決定は、都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の市長が行うこと。

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程

障害者自立支援法施行規則(平成十八年厚生労働省令第十九号)第六十条の規定に基づき、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程を次のように定め、平成十八年四月一日から適用する。

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程

(指定自立支援医療機関の義務)

第一条 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令(平成十八年政令第十号)第一条の二第一号に規定する育成医療(以下「育成医療」という。)又は同条第二号に規定する更生医療(以下「更生医療」という。)を行う指定自立支援医療機関(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第百二十三号。以下「法」という。)第五十四条第二項に規定する指定自立支援医療機関をいう。以下同じ。)は、法及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則(平成十八年厚生労働省令第十九号。以下「規則」という。)の定めるところによるほか、この規程の定めるところにより、法の規定による自立支援医療を担当しなければならない。

(平二五厚労告六・一部改正)

(診療の拒否の禁止)

第二条 指定自立支援医療機関は、自立支援医療を受ける障害者又は障害児(育成医療又は更生医療を受ける者に限る。以下「受診者」という。)の診療を正当な理由がなく拒んではならない。

(診療開始時の注意)

第三条 指定自立支援医療機関は、障害者又は障害児の保護者から法第五十四条第三項に規定する医療受給者証(以下「受給者証」という。)を提出して受診者の診療を求められたときは、その受給者証が有効であることを確かめた後でなければ診療をしてはならない。

2 指定自立支援医療機関は、受給者証に記載された医療の具体的方針を変更しようとするときは、あらかじめ当該受給者証を交付した市町村と協議し、その承認を受けなければならない。

(平二五厚労告二三・一部改正)

(診療時間)

第四条 指定自立支援医療機関は、自己の定めた診療時間において診療をするほか、受診者が、やむを得ない事情により、その診療時間に診療を受けることができないときは、その者のために便宜な時間を定めて診療しなければならない。

(援助)

第五条 指定自立支援医療機関が支給認定の有効期間を延長する必要があると認めるとき、又は受診者に対し移送を行うことが必要であり、かつ、自ら行うことができないと認めるときは、速やかに、その者に対し必要な援助を与えなければならない。

(証明書等の交付)

第六条 指定自立支援医療機関は、その診療中の受診者又は受診者の保護者及び当該者に対し支給認定を行った市町村から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。

(平二五厚労告二三・一部改正)

(診療録)

第七条 指定自立支援医療機関は、受診者に関する診療録に健康保険の例によって医療の担当に関し必要な事項を記載しなければならない。

(帳簿)

第八条 指定自立支援医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及びその他の物件をその完結の日から五年間保存しなければならない。

(通知)

第九条 指定自立支援医療機関が受診者について次の各号のいずれかに該当する事実のあることを知った場合には、速やかに、意見を付して受給者証を交付した市町村に通知しなければならない。

- 一 受診者が正当な理由なく、診療に関する指導に従わないとき。
- 二 受診者が詐欺その他不正な手段による診療を受け、又は受けようとしたとき。

(平二五厚労告二三・一部改正)

(指定訪問看護事業者等に関する特例)

第十条 指定自立支援医療機関である健康保険法(大正十一年法律第七十号)第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス事業者(同法第八条第四項に規定する訪問看護を行う者に限る。)若しくは同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者(同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。)にあっては、第三条第二項及び第五条の規定は適用せず、第七条中「に関する診療録」とあるのは「対する指定訪問看護又は指定居宅サービス(訪問看護に限る。)若しくは指定介護予防サービス(介護予防訪問看護に限る。)の提供に関する諸記録」と、「健康保険の例によって」とあるのは「健康保険の例によって(指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者)にあっては介護保険の例によって)」と、それぞれ読み替えて適用する。

(平二〇厚労告一六一・平二五厚労告二三・平二七厚労告一九五・一部改正)

(薬局に関する特例)

第十一条 指定自立支援医療機関である薬局にあっては、第三条第二項及び第五条の規定は適用せず、第七条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替えて適用する。

改正文 (平成二〇年三月三十一日厚生労働省告示第一六一号) 抄

平成二十年四月一日から適用する。

改正文 (平成二五年一月一八日厚生労働省告示第六号) 抄

平成二十五年四月一日から適用する。

改正文 (平成二五年二月一五日厚生労働省告示第二三号) 抄

平成二十五年四月一日から適用する。

改正文 (平成二七年三月三十一日厚生労働省告示第一九五号) 抄

平成二十七年四月一日から適用する。