

指定自立支援医療機関
(更生医療) マニュアル

令和2年7月

熊本市障がい者福祉相談所

目次

1	自立支援医療（更生医療）の定義と理念	P3
2	更生医療の対象について	P3
	（1）対象者	
	（2）対象となる障害	
	（3）対象となる医療	
	（4）支給対象となる更生医療の内容	
3	給付手続について	P6
4	医療保険制度等との適用順序	P7
5	更生医療の申請に必要な書類	P8
6	意見書の記入方法	P9
	● じん臓機能障害	
	● 心臓機能障害	
	● 肢体不自由	
	● 免疫機能障害	
	● 肝臓機能障害	
	● その他の障害	
7	Q & A	P36
8	意見書様式のダウンロード方法	P38
9	参考資料（関係法令など）	P39
10	問い合わせ先一覧	P44
11	通知資料（同時申請について）	P45

1 自立支援医療（更生医療）の定義と理念

自立支援医療制度は、心身の障害を除去・軽減するための医療について、医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度です。更生医療は、身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者で、その障害を除去・軽減する手術等の治療によって確実に効果が期待できるものに対して提供される、更生のために必要な自立支援医療費の支給を行うものです。

更生医療とは、疾病、事故、災害等による身体的損傷に対して医療（一般医療）がなされ、すでに治癒（欠損治癒や変形治癒等の不完全治癒）した障害者を対象に、日常生活能力、社会生活能力、または職業能力を回復、向上、若しくは獲得させることを目的として行うリハビリテーション医療のことです。

2 更生医療の対象について

（1）対象者

身体障害者福祉法に基づき身体障害者手帳の交付を受けた者で、

その障害を除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者（18歳以上）

（2）対象となる障害

臨床症状が消退し、その障害が永続するもの

（3）対象となる医療

- ① 当該障害（身体障害者手帳に記入されている障害原因と因果関係があるもの）に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られる。
- ② 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、対象にならない。
- ③ 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。いわゆる内科的治療のみのものは除く。

※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

更生医療の対象となる医療例

更生医療の対象となる障害	医療等の例
視覚障害によるもの	白内障 → 水晶体摘出手術 網膜剥離 → 網膜剥離手術 瞳孔閉鎖 → 虹彩切除術 角膜混濁 → 角膜移植術
聴覚、平衡機能の障害によるもの	鼓膜穿孔 → 穿孔閉鎖術 外耳性難聴 → 形成術
音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害によるもの	外傷性又は手術後に生じる発音構語障害 → 形成術 唇顎口蓋裂に起因した音声・言語機能障害を伴う者であって鼻咽腔閉鎖機能不全に対する手術以外に歯科矯正が必要な者 → 歯科矯正
肢体不自由によるもの	関節拘縮、関節硬直 → 形成術、人工関節置換術等
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)	先天性心疾患 → 弁口、心室心房中隔に対する手術 後天性心疾患 → ペースメーカー埋込み手術 腎臓機能障害 → 人工透析療法、腎臓移植術(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) 小腸機能障害 → 中心静脈栄養法
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)	H I Vによる免疫機能障害 → 抗H I V療法、免疫調節療法、その他H I V感染症に対する治療

※上記の表はあくまで医療例です。

医療例に該当しても、一般治療に当たる場合は該当となりません。

障害の除去もしくは軽減の見込みがなければ給付対象ではありません。

更生医療の適否については、身体障害者手帳の障害内容、意見書に記入されている障害状況・医療内容・治療見込等を審査して判定を行います。そのため、医療内容が同じでも更生医療の対象となるかは個々のケースで異なりますので、事前に更生医療の対象かお問い合わせを頂いても回答できない場合があります。

(4) 支給対象となる更生医療の内容

(1) 診察

(2) 薬剤又は治療材料の支給

※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対象となる。なお、この場合は現物給付をすることができる。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。

(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認める。

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。

(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

※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のみ対象となる。

なお、家族が行った移送等の経費については認めない。

※更生医療の対象となる障害に係る身体障害者手帳について

○肢体不自由

- ・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です。
例) 手帳の障害名が「左股関節機能の著しい障害」の場合、左股関節の手術しか対象となりません。右股関節の手術が必要な場合は、事前に障害名追加が必要となります。障害名追加が出来ない場合は更生医療の対象にはなりません。

○心 臓

- ・心臓の手術の場合は、手帳に心臓機能障害と記入されていれば、原因疾患、部位の相違について手帳の疾患名等の追加は必要ありません。

※更生医療の有効期間について

- 有効期間（1回の申請での受給期間）は、原則3か月以内です。

なお、じん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は最長1年以内となります。

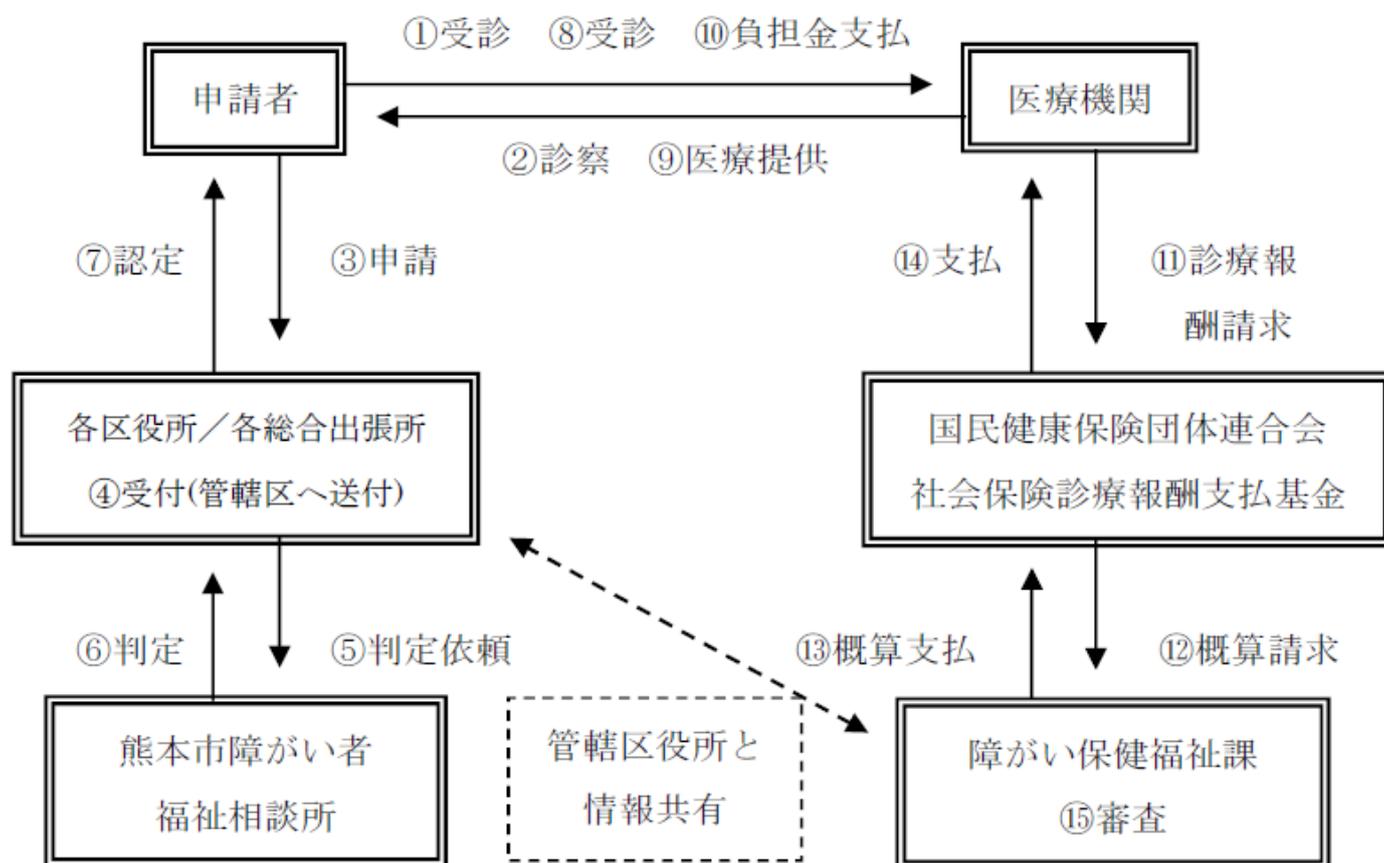
3 給付手続きについて

- 更生医療を受ける際には、事前に区役所へ更生医療の申請手続きが必要です。

給付開始日は区役所で決定しますが、基本的に申請日以降となります。申請が遅れた場合等は遡及できませんので、御注意ください。

- ※一部の身体障害者手帳との同時申請、緊急かつやむを得ない場合についてはこの限りではありません。この場合についても、管轄区役所へ仮受付を行った後、すみやかに書類の提出をするようお願いいたします。（仮受付については各管轄区役所にお問い合わせください。）

- 給付手続きの流れについて



指定自立支援医療機関で発行された意見書はまず区役所に提出されます。区役所は意見書等で申請内容を検討し、身体障害者更生相談所（熊本市障がい者福祉相談所、以下相談所）の判定が必要だと判断した場合、判定依頼をします。相談所では身体障害の状況及び意見書の医学的内容を審査し、更生医療の適否について判断後判定書を区役所に送付します。区役所は判定の結果をふまえ、更生医療支給認定が必要と認められた申請者について支給認定を行います。

したがって、判定が終了するまで更生医療の支給認定は出来ず、意見書の内容について問い合わせ

等が生じた場合は、通常より判定まで時間を要することとなります。

4 医療保険制度等との適用順序

医療保険制度等との適応順序は下表のとおりです。

適用順序	制度	自己負担額
1	医療保険制度	3割（～1割）負担 （高額療養費基準額まで）
	特定疾病（*注1）にかかる 高額療養費の現物給付	1万円負担 （上位所得者 2万円）
2	更生医療	原則 1割負担 （所得により限度額有）
3	重度心身障害者の医療費 助成	身体障害者手帳所持者 1級：全額 2級：3分の2 （所得制限有り）

● 他法・医療保険制度との関係

- 1 医療保険等による給付が更生医療による支給に優先されます。
- 2 したがって、更生医療の支給は、医療保険の自己負担部分を対象とすることになります。
- 3 生活保護法（医療扶助）と併用される場合は、更生医療による支給が優先されます。

※ 医療費請求の際は、医療保険（特定疾病制度含む）対象の医療費を請求されませんよう御確認ください。

● 自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み

- 1 自己負担については、1割の定率負担となります。
- 2 定率負担が過大なものとならないよう、所得に応じて1月当たりの負担限度額が設定されています。
- 3 費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならない（重度かつ継続（*注2）者については、さらに軽減措置を実施しています。

（注1）特定疾病：長期にわたり高額な治療代の必要な病気で厚生労働大臣が指定する疾病のこと。
具体的には血友病、人工透析が必要な慢性腎不全および抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群が対象。

（注2）「重度かつ継続」の範囲

- 疾病、症状等から対象となる者
腎臓機能・小腸機能・免疫機能・心臓機能（心臓移植後の抗免疫療法に限る）
肝臓機能（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）障害の者
- 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

医療保険の多数該当（申請前の12ヶ月間において、申請者の属する医療保険の世帯が3回以上、高額療養費の支給を受けた月があること）の者

5 更生医療の申請に必要な書類について

●更生医療の申請には以下の書類が必要です。

- 自立支援医療費支給認定申請書
- 印鑑（シャチハタ印不可）
- 意見書（指定自立支援医療機関の担当医師[※]の作成する意見書）
- 身体障害者手帳の写し（手帳との同時申請の方は不要）
- 申請者本人の医療保険の被保険者証の写し
- 申請者と同一保険に属する者の医療保険の被保険者証の写し
国保または後期高齢の方・・・同一保険に加入する方全員のもの
上記以外の保険の方・・・申請者本人及び被保険者のもの
- 特定疾病療養受療証の写し（透析の方のみ）
- お持ちの自立支援医療受給者証（再認定・変更の方のみ）
- 収入状況のわかる資料（低1に該当される方のみ）

※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について

- ・意見書は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ります。
- ・担当医が交代した場合、新しく申請された担当医が承認されるまでは更生医療の判定はできません。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。

（例）

A 医師	B 医 師	
4/1 担当医の変更 (要 届出)	5/28 審査会	6/1 担当医承認通知 (4/1 より承認)

例えば、上記のケースでは、4月1日から5月27日までは保留となります。5月28日に4月1日付けで担当医の承認がされた場合は、新たな担当医により4月1日以降に発行された意見書が有効となります。更生医療は、指定自立支援医療機関の指定と指定自立支援医療を主として担当する医師の承認が必要となりますので医師の交代時は速やかに届け出事項変更の申請をしてください。

6 意見書の記入方法

【記入にあたっての留意事項】

- 1 意見書の様式には「じん臓機能障害」「心臓機能障害」「肢体不自由」「肢体不自由・理学療法」「免疫機能障害」「肝臓機能障害」「その他」の7種類があります。
- 2 更生医療の意見書は自立支援医療費（更生医療）支給認定要綱法第 59 条に基づき、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のみ記入することができます。
- 3 投薬代の計上が無い場合、及び、更生医療対象となる投薬の処方見込みが無い場合には、薬局名及び薬剤師名の記入は不要です。更生医療対象となる投薬の処方がある場合（院外処方時）のみ、指定を受けている薬局名および薬剤師名（押印含む）を御記入ください。
- 4 意見書には更生医療を行う根拠を詳しく記入してください。特に手術などの処置を行う場合は、現症欄に症状や検査データ、手術や処置が必要な理由及び治療効果の見込みを必ず記入してください。
- 5 更生医療は事前申請が必要です。適用は、身体障害者手帳交付後の意見書記入日以降の申請日以降または仮受付日となります。
- 6 意見書の日付は必ず記入してください。区役所へ仮受付の連絡を行っている場合には仮受付日以前の日付である必要があります。身体障害者手帳を申請されている場合（同時申請を除く）には、手帳交付の後に記載した意見書が有効となります。
- 7 印鑑は、医療機関の公印ではなく担当医の印鑑を押印してください。訂正印についても同様の印を押印ください。
- 8 意見書の記入にあたっての留意点は次ページ以降の意見書記入例と記入要領をご参照ください。

【じん臓機能障害】

① 給付対象

じん臓機能障害者のうち、保存的治療で尿毒症症状を改善ができない者であって、人工透析療法又は腎移植術によりじん臓機能の障害に基づく症状が軽減または除去され、日常生活能力の回復が見込みのあるもの。

(根拠法令：昭和54年5月10日 社更第56号)

各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生省社会局長通知)

② 給付範囲

* 人工透析療法

* 腎移植術及び抗免疫療法

(じん臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術及びそれに伴う医療に限られる。)

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 シヤント設置 (形成術)

④ CAPD 用留置カテーテル装着 (設置術)

⑤ シヤント部分の炎症、血栓に対する治療

⑥ 腎移植術

⑦ 腎移植術後の抗免疫療法

⑧ 腎移植術後、移植腎不適応のための腎摘出

* なお、入院対象は上記③から⑧に伴うものと透析導入時 (3ヶ月以内) とする。

※投薬・注射の計上について

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。

投薬/注射代の対象：腹膜透析液、抗免疫療法薬剤、シヤントトラブル時の治療薬 (抗生剤、血栓溶解剤) など透析療法に直結するもの

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	性別	男・女	M T S H	35年3月16日生
住所	熊本市 〇区〇〇町〇〇—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	15年3月	日頃
① 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)		
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 未定 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		通算 365日
	訪問看護予定回数並びに期間 回 日間				
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	4,000,000 円	移 送 費	0 円	
	訪問看護費	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	計	5,650,000 円	
	訪問看護費	0 円			
⑧ 指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	〇〇 年 5 月 10 日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 熊本市〇〇区〇〇町〇〇番地 医師名 ☆☆ ☆☆☆ (印)			
	薬 局	薬局名 所在地 薬剤師名 印			
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所在地 代表者名 印			

じん臓機能障害意見書記入要領

① 現 症

主要尿毒症や胸写所見は具体的な症状（倦怠感、心拡大、CTR値など）を記入してください。
血圧・血清クレアチニン濃度・血清尿素窒素濃度は必ず記入してください。

② 医療の具体的方針

血液透析の場合

1. 血液透析 に○をして回数を記入してください。

血液透析以外の場合

2. その他 に○をして具体的な内容（腹膜透析・シャント形成術、抗免疫療法など）を記入してください。

③ 治療効果の見込み

治療による効果を具体的に記入してください。

（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。入院理由は具体的に記入してください

（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。1ヶ月は30日で換算してください。

⑥ 医療費概算額 （下記の基準で算定してください）

手 術	じん移植術、シャント作成などの手術代、表面麻酔代
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、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してください。

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。

入院理由別・例1、2

自立支援医療(更生医療)意見書

氏名	〇〇 〇〇	性別	男・女	M T S H	35年3月16日生
住所	熊本市 〇区〇〇町〇〇—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	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		入院が必要な理由(具体的な症状など) (例1) 慢性腎不全悪化時のため (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	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 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間		11か月間 か月間	通算 365日	
医療費 概算 額	手術	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	4,000,000円	移送費	0円	
	訪問看護費	0円	その他	円	
	合計	4,550,000円			
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費 350,000円 通院医療費 4,200,000円 訪問看護費 0円	移送費 0円 計 4,550,000円			
指定 医療 機関	病院 診療所	〇〇年 5月 10日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 熊本市〇〇区〇〇町〇〇番地 医師名 ☆☆ ☆☆☆ (印)			
	薬局	薬局名 所在地 薬剤師名 印			
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所在地 代表者名 印			



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
「慢性腎不全が悪化したため」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。

⇒受給者証へ記載される助言例

「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。」

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・・・の場合

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。

⇒受給者証へ記載される助言例

「入院理由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。」

入院理由例 3

自立支援医療（更生医療）意見書

氏名	〇〇 〇〇	性別	男・ 女	M T S H 35 年 3 月 16 日生
住所	熊本市 〇区〇〇町〇〇—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	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（2回）		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	〇 〇年 5 月 19 日		手術予定日	年 未定 月 日
治療 見込期間	入院治療期間 90 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 9か月間 訪問看護予定回数並びに期間 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	13,000 円	基本診療	60,000 円
	注射	0 円	入院	(術時2日分) 25,000 円
	処置	4,000,000 円	移送費	0 円
	訪問看護費	0 円	その他	円
	合計	4,548,000 円		
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費 688,000 円 通院医療費 3,860,000 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	〇〇年 5 月 10 日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 熊本市〇〇区〇〇町〇〇番地 医師名 ☆☆ ☆☆☆ 印		
	薬局	薬局名 所在地 薬剤師名 印		
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所在地 代表者名 印		

例2) 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。」の場合

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。

投薬/注射代はシャントトラブルにかかわるもののみ計上可能です。(外来時の院外処方にて更生医療適用の投薬処方が無い場合には、薬局名は不要です。)

⇒受給者証へ記載される助言例

「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。
シャント作成術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対象外です。」

入院理由例4

自立支援医療(更生医療)意見書

氏名	〇〇 〇〇	性別	男・女	M T S H 35年3月16日生
住所	熊本市 〇区〇〇町〇〇—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 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)	
	①血液透析 週 3 回 ②その他 シヤント作成術		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) シヤントトラブル、血栓に対する治療のため入院が必要	
入院年月日	〇〇年 5月 20日	手術予定日	年 未定 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 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間		11か月間 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	10,000 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	円
	合計	5,010,000 円		
医療等に要する 費用の見込額	入院医療費 510,000 円 通院医療費 4,500,000 円 訪問看護費 0 円	移送費 0 円 計 5,010,000 円		
指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	〇〇年 5月 10日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 熊本市〇〇区〇〇町〇〇番地 医師名 ☆☆ ☆☆☆ (印)		
	薬 局	薬局名 所在地 薬剤師名 印		
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所在地 代表者名 印		

例4

入院理由が「シャントトラブル、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。

手術をする見込みがある場合は、具体的方針欄「2 その他」に手術名を記入してください。手術名が記入されている場合は、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。）

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/注射代はシャントトラブルにかかわるもののみ計上可能です。更生医療対象外の投薬は請求されませんよう御確認ください。（外来時の院外処方にて更生医療適用の投薬処方が無い場合には、薬局名は不要です。）

⇒受給者証へ記載される助言例

「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	性別	男・ 女	M T S H	35年3月16日生
住所	熊本市 〇区〇〇町〇〇—〇番地			身体障害者手帳	1種1級
病名	慢性腎不全	発病	T S H R 1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) 慢性腎不全悪化時に入院加療が必要なため		
入院年月日	〇〇年 5月 20日		手術予定日	年 未定 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 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間		11か月間 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	30,000 円	基本診療	50,000 円	
	注射	50,000 円	入院	(DPC)	450,000 円
	処置	4,000,000 円	移送費	0 円	
	訪問看護費	0 円	その他	円	
	合計	(DPC請求)			
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 5,050,000 円 訪問看護費 0 円	移送費 0 円	計	6,100,000 円	
指定 医療 機関	病院 診療所	〇〇年 5月 10日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 熊本市〇〇区〇〇町〇〇番地 医師名 ☆☆ ☆☆☆ 印			
	薬局	薬局名 所在地 薬剤師名 印			
	訪問看護 事業所	訪問看護事業所名 所在地 代表者名 印			

* DPC 請求の場合

主病名が透析など更生医療の対象となる医療が必要な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」と必ず記入してください。

⇒受給者証へ記載される助言例

「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。」

※主病名が透析などを必要としない病名（例えば骨折、胃ガン、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。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ください。

【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がい者であって、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

- 同一入院期間中に複数回の手術を行う場合は1枚の意見書に記入してください。

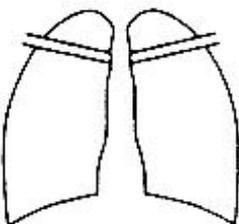
* 記入例 *

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。
- 上行・弓部以外の大動脈手術の際は、通常の見解書に加え次頁の見解書もあわせて提出してください。ただし、手帳と同時申請の場合は、通常の見解書のみで結構です。
- ペースメーカーやICD（本体及び電池、バッテリー、リード線など）の交換時は、病名と最初に植込み術（埋込み術）を施行した日付けを必ず明記してください。

※心臓の場合は、「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がなくなった時点で更生医療の対象からはずれます。

意見書 (更生医療で上行・弓部以外の大動脈の手術を行われる場合のみ記入して頂きます)

氏名	住所	性別	年齢 歳														
<p>1. 臨床症状</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">ア 動悸 (有・無)</td> <td style="width:50%;">コ 血圧 (最大 最小)</td> </tr> <tr> <td>イ 息切れ (有・無)</td> <td>サ 心音 (清・濁・その他 ())</td> </tr> <tr> <td>ウ 呼吸困難 (有・無)</td> <td>シ BNP値 ()</td> </tr> <tr> <td>エ 胸痛 (有・無)</td> <td>ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床 症状、頻度、持続時間など</td> </tr> </table> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">オ 血痰 (有・無)</td> <td rowspan="5" style="width:50%; vertical-align: middle; text-align: center;">[]</td> </tr> <tr> <td>カ チアノーゼ (有・無)</td> </tr> <tr> <td>キ 浮腫 (有・無)</td> </tr> <tr> <td>ク 心拍数 回/分</td> </tr> <tr> <td>ケ 脈拍数 回/分</td> </tr> </table>				ア 動悸 (有・無)	コ 血圧 (最大 最小)	イ 息切れ (有・無)	サ 心音 (清・濁・その他 ())	ウ 呼吸困難 (有・無)	シ BNP値 ()	エ 胸痛 (有・無)	ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床 症状、頻度、持続時間など	オ 血痰 (有・無)	[]	カ チアノーゼ (有・無)	キ 浮腫 (有・無)	ク 心拍数 回/分	ケ 脈拍数 回/分
ア 動悸 (有・無)	コ 血圧 (最大 最小)																
イ 息切れ (有・無)	サ 心音 (清・濁・その他 ())																
ウ 呼吸困難 (有・無)	シ BNP値 ()																
エ 胸痛 (有・無)	ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床 症状、頻度、持続時間など																
オ 血痰 (有・無)	[]																
カ チアノーゼ (有・無)																	
キ 浮腫 (有・無)																	
ク 心拍数 回/分																	
ケ 脈拍数 回/分																	
<p>2. 胸部エックス線所見 (年 月 日)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p style="text-align: center;">心胸比 %</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>他所見</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> </div> </div>																	
<p>3. 心電図所見 (年 月 日)</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)</td> <td style="width:50%;">サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 (有・無)</td> </tr> <tr> <td>イ 心室負荷像 (有・無)</td> <td>シ その他の心電図所見</td> </tr> <tr> <td>ウ 心房負荷像 (有・無)</td> <td rowspan="8" style="width:50%; vertical-align: middle; text-align: center;">[]</td> </tr> <tr> <td>エ 脚ブロック (有・無)</td> </tr> <tr> <td>オ 完全房室ブロック (有・無)</td> </tr> <tr> <td>カ 不完全房室ブロック (有・無)</td> </tr> <tr> <td>キ 心房細動(粗動) (有・無)</td> </tr> <tr> <td>ク 期外収縮 (有・無)</td> </tr> <tr> <td>ケ STの低下 (有 mV・無)</td> </tr> <tr> <td>コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(ただし、V1を除く)のいずれかのTの逆転 (有・無)</td> </tr> </table>				ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)	サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 (有・無)	イ 心室負荷像 (有・無)	シ その他の心電図所見	ウ 心房負荷像 (有・無)	[]	エ 脚ブロック (有・無)	オ 完全房室ブロック (有・無)	カ 不完全房室ブロック (有・無)	キ 心房細動(粗動) (有・無)	ク 期外収縮 (有・無)	ケ STの低下 (有 mV・無)	コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(ただし、V1を除く)のいずれかのTの逆転 (有・無)	
ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)	サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 (有・無)																
イ 心室負荷像 (有・無)	シ その他の心電図所見																
ウ 心房負荷像 (有・無)	[]																
エ 脚ブロック (有・無)																	
オ 完全房室ブロック (有・無)																	
カ 不完全房室ブロック (有・無)																	
キ 心房細動(粗動) (有・無)																	
ク 期外収縮 (有・無)																	
ケ STの低下 (有 mV・無)																	
コ 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(ただし、V1を除く)のいずれかのTの逆転 (有・無)																	
<p>4. 画像所見 (CT ・ MRI ・ 心エコーなど)</p>																	
記入日 年 月 日	指定医療機関名	医師名	印														

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	性 別	(男)女	M T (S) H 2 2 年 1 1 月 1 2 日 生
住 所	熊本市 〇区〇〇町〇〇—〇番地	身体障害者手帳	1 種 4 級	
病 名	狭心症	発 病	T S H (R) 2 年 5 月 5 日 頃	
①現 症 <small>①発症時期 ②症状 ③検査日 ④検査項目 ④ 検 査 結 果</small>	令和2年5月5日、軽労作での胸痛あり。 同年5月6日、冠動脈造影検査にて、左前下行枝#7に90%狭窄を認めた。			
②医 療 の 具 体 的 方 針 <small>(治療効果の見込みも併せて記入してください)</small>	経皮的冠動脈形成術(#7)の適応である (治療効果の見込み) 治療により胸痛改善し心機能回復が見込まれる			
入院年月日	令和2年 5月 6日	手術予定日	③ 令和2年 5月 9日	
④治 療 見 込 期 間	入院治療期間	14 日間	} 通算 14日間	
	通院治療回数並びに期間	回 日間		
	訪問看護予定回数並びに期間	回 日間		
医療費等概算額	手 術	900,000 円	検 査	250,000 円
	投 薬	10,000 円	基 本 診 療	0 円
	注 射	10,000 円	入 院	280,000 円
	処 置	10,000 円	移 送 費	0 円
	訪問看護費	0 円	そ の 他	100,000 円
	合 計	1,560,000 円		
医療等に要する費用の見込み額	入院医療費	1,560,000 円	移 送 費	円
	通院医療費	円	計	1,560,000 円
	訪問看護費	円		
指 定 医 療 機 関	病 院	〇〇〇〇年5月6日		
	診 療 所	医療機関名 〇〇〇〇〇〇〇〇病院 所在地 熊本市〇〇区〇〇町〇〇番地 医師名 ☆☆ ☆☆☆ (印)		
	薬 局	薬局名 所在地 薬剤師名 印		
	訪問看護事業所	訪問看護事業者名 所在地 代表者名 印		

心臓機能障害意見書記入要領

① 現 症

1 発症時期

症状が発現した時期（年月日）を記入してください。

2 症状と治療経過

症状（胸痛、胸部不快感、動悸、失神発作、呼吸困難、息切れ、浮腫、チアノーゼなどの内容及び頻度など）及びそれに対する治療（内服など）経過。

3 手術を要する確定診断の根拠となった検査名及び施行日とその結果

- 検査結果は意見書に直接記入してください。
- 検査日・検査名・検査結果は手術の根拠となりますので、詳しく記入してください。
- 意見書に基づいて作成された判定書は市町村で保存されます。専門用語は可能であれば和訳等わかりやすい表現で記入してください。
- 障害状況記入の際、最低限必要なデータを次頁に提示しておりますので、必ず意見書に検査結果を記入してください。

（記入例）

- ○○年 8 月 1 日、心臓カテーテル検査にて左前下行枝#6 に 90% 狭窄あり。
- ○○年 7 月 30 日、心電図にてⅡ、Ⅲ、aVF の ST 上昇あり。
- ○○年 8 月 5 日の心エコー検査にて僧帽弁弁口面積が 0.8c m² と縮小
- ○○年 6 月 22 日のホルター心電図にて最大 8 秒の洞停止あり。
- ○○年 9 月 2 日、断層心エコー図上心房中隔に欠損が認められ、カラードプラーで左右短絡あり。
- ○○年 8 月 10 日、CT・MRI・超音波検査にて大動脈解離（スタンフォード A 型）あり。
- ○年 5 月 10 日、完全房室ブロックにてペースメーカー植込み術施行。△△年 3 月 1 日、ペースメーカーチェックにて電池消耗あり。

② 医療の具体的方針

心臓機能障害の場合、内科的治療のみのもは更生医療の給付対象外となっていますので、正式な手術名を記入してください。

また、更生医療は「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（自立支援医療費支給認定実施要綱より抜粋）」とされていますので、必ず（治療効果の見込み）を具体的に記入してください。

（記入例）

- 心機能の改善が見込まれる
- 心拍数の改善、循環動態安定により症状の改善が見込まれる。

③ 治療見込み期間

心臓機能障害の場合、入院のみ給付対象となります。期間は最長で 90 日です。

④ 医療費等概算額

医療費が請求できるのは更生医療で行う心臓の治療代のみです。概算額も更生医療対象分のみ記入してください。

更生医療意見書（心臓）に記入が必要な検査データなど

疾患名	手術名	必要な検査	必須データ
虚血性 心疾患	PCI・CABG	心カテ 心CT	・部位（seg まで）及び病変部状況詳細 （・・・%狭窄など）
僧帽弁 狭窄症	置換術 交連切開術	心カテ 心エコー	・弁口面積
僧帽弁 閉鎖不全症	置換術 形成術	心カテ 心エコー	・左室機能 ・左室拡張末期径（LVDd） ・駆出率（EF） ・左室収縮末期径（LVDs）
大動脈弁 狭窄症	置換術	心カテ 心エコー	・症状 ・弁口面積 ・圧較差
大動脈弁 閉鎖不全症	置換術 （形成術）	心カテ 心エコー	・NYHA 分類 ・左室拡張末期径（LVDd） ・駆出率（EF） ・左室収縮末期径（LVDs）
洞不全 症候群	ペース メーカー	ホルター 心電図	・症状 ・洞徐脈等不整脈所見（心拍数は必須） ・交換時は植込み術施行年月日、電池消耗判明日も記入
房室 ブロック	ペース メーカー	心電図	・症状 ・心電図所見（心拍数含む） ・交換時は植込み術施行年月日、電池消耗判明日も記入
発作性 上室性頻拍	アブレー ション	心電図	・症状 ・心電図所見（心拍数含む）
心室細動・ 心室頻拍	ICD・CRT-D 植え込み	心電図	・症状 ・心電図所見（心拍数含む） ・交換時は植込み術施行年月日、電池消耗判明日も記入
心房細動	メイズ手術 肺静脈隔離術	心電図	・症状 ・心電図所見（心拍数含む）
肥大性 心筋症	経皮的中隔心筋焼 灼術（PTSMA） 埋め込み型除細動 器（ICD）	心カテ 心エコー	・所見（非対称性心室中隔肥大の有無など） ・圧較差
拡張型 心筋症 （DCM）	心臓再同期療法 （CRT）	心カテ 心エコー	・左室拡張末期径（LVDd） ・左室容積
	左室縮小形成術 （パチスタ手術）	心カテ 心エコー	・左室拡張末期径（LVDd） ・僧帽弁逆流
	ドール手術	心カテ 心エコー	・NYHA 分類 ・左室拡張末期容量係数
大動脈瘤	人工血管置換 ステントグラフト	CT・MRI エコー	・瘤の径 ・瘤壁の構造、部位 ・上行大動脈径
大動脈解離	大動脈人工血管置 換術	心エコー	・所見（部位、型など）
心房中隔 欠損 （ASD）	心内修復術 アンブレラ 閉鎖術	心エコー・心カテ MRI（3DCT） 胸部 X-P	・欠損孔 ・肺体血流比（Qp/Qs） ・肺体血管抵抗比（Rp/Rs） ・症状 ・肺静脈の還流異常
心室中隔 欠損 （VSD）	心内修復術 欠損孔閉鎖術	心エコー・心カテ MRI（3DCT） 胸部 X-P	・欠損孔 ・肺体血流比（Qp/Qs） ・肺高血圧の有無 ・症状 ・大動脈弁逸脱、逆流の有無

【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 日間で申請してください。自己採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の手続きをしてください。

意見書記入例

- * 医療の具体的方針
○月○日、○月○日及び○月○日に自己採血を行い、
○月○日 □□□□術を実施する予定。
- * 医療費概算額
治療期間 90 日間に見込まれる金額

- 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申請できません。右股関節の手術などが必要な場合は障害名追加も行ってください。障害名の追加が出来ない場合は更生医療の対象にもなりません。

(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

- 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。

肢体不自由意見書記入要領

① 現 症

1 発症時期

症状が発現した時期（年月日）を記入してください。

2 症状

疼痛、歩行状態、日常生活動作など

3 確定診断の根拠となった検査名及び施行日とその結果

- 検査日・検査名・検査結果は手術の根拠となりますので、詳しく記入してください。
- 意見書に基づいて作成された判定書は市町村で保存されます。専門用語は可能であれば和訳等わかりやすい表現で記入してください。

（記入例）

- ○○年 8 月 1 日撮影のレントゲンにて、右股関節の著明な変形及び右股関節周囲筋の筋力低下あり。
- ○○年 7 月 30 日撮影のレントゲンにて、右膝関節裂隙の狭小化あり。

② 医療の具体的方針

- 手術名は部位を含めレセプトと同じ正式な手術名を記入してください。
- 更生医療は「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ますので、必ず（治療効果の見込み）を具体的に記入してください。

（記入例）

- 歩行能力が改善され、支障なく日常生活を過ごすことが出来る。
- 1 本杖歩行が可能となり在宅にて生活が可能となる。

③ 治療見込み期間

- 初回は入院・外来（理学療法）あわせて 90 日までです。
- 初回の認定期間で治療が終了しなかった場合は、手術日から最大 1 年まで期間延長ができます。
- ただし、1 回の申請は 90 日までです。
- 期間延長の場合は意見書記入日の身体状況（ADL や歩行状態など）、今後のリハビリの内容と治療効果の見込みを具体的に記入してください。

自立支援医療（更生医療）意見書 （肢体不自由・理学療法）

氏 名	〇〇 〇〇〇	性 別	男・ 女	M T S H	23 年 12 月 6 日生	
住 所	熊本市 〇区〇〇町〇〇—〇番地	身体障害者手帳	2 種 4 級			
病 名	左変形性股関節症	発 病	M T S H 不明 年 月 日 頃			
① 現 症 ①発症時期 ②症状 ③検査日 ④検査項目 ⑤検査結果	平成〇〇年7月22日、左人工股関節全置換術施行。人工骨移植をおこなったため、癒合のために免荷期間が必要となり、約1ヶ月間の完全免荷を要した。同年8月13日より1/4（10kg）荷重にて歩行練習開始。8月19日より20kg、8月27日より30kg開始。9月2日より全荷重による歩行訓練開始となる。10月8日現在、松葉杖で4～5mの歩行が可能。					
② 医療の具体的方針 （治療効果の見込みも併せて記入してください）	左人工股関節全置換術後の理学療法（筋力訓練・歩行訓練など）継続。 （治療効果の見込み） リハビリにより独歩が可能となり、家庭復帰ができる。					
入院年月日	〇〇年7月20日	手術予定日	〇〇年7月22日			
③ 治療見込期間	入院治療期間	30 日間	} 通算 30 日間			
	通院治療回数並びに期間	回 日間				
	訪問看護予定回数並びに期間	回 日間				
医療費等概算額	手 術	0円	検 査	0円		
	投 薬	0円	基 本 診 療	0円		
	注 射	0円	入 院	650,000円		
	処 置	0円	移 送 費	0円		
	訪問看護費	0円	そ の 他	120,000円		
	合 計	770,000 円				
医療等に要する費用の見込み額	入院医療費	770,000 円	移 送 費	円		
	通院医療費	円	計	770,000 円		
	訪問看護費	円				
指 定 医 療 機 関	病 院	〇〇年10月8日				
	診 療 所	医療機関名	〇〇〇〇〇〇病院			
		所 在 地	熊本市〇区〇〇町〇〇番地			
		医 師 名	☆☆ ☆☆☆ 印			
	薬 局	薬 局 名				
		所 在 地				
		薬 剤 師 名	印			
	訪問看護事業所	訪問看護事業者名				
		所 在 地				
		代 表 者 名	印			

肢体不自由（理学療法の期間延長）意見書記入要領

① 現症

- 原疾患及び手術施行日、手術名、手術後の経過、現在の ADL、移動状況などを詳細に記入してください。

（記入例）

- ○○年10月1日、右人工股関節置換術施行。10月18日現在、筋力低下により歩行不能で移動には車いす使用。
- ○○年10月26日、左人工股関節置換術施行。11月29日現在、1本杖を使用し30m程の室内歩行可。（不安定なため見守りが必要）階段は手すりを使用すれば昇降出来るが、脚長差が2cmほどあるためバランスが悪い状態。

② 医療の具体的方針

- 理学療法の内容を具体的に記入してください。更生医療は「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ますので、必ず（治療効果の見込み）を具体的に記入してください。

（記入例）

- 独歩可能となり、日常生活を支障なく過ごすことが出来る。
- 1本杖歩行が可能となり在宅にて生活が可能となる。

③ 治療見込み期間

- 入院・外来（理学療法）あわせて90日までです。
- 手術日から最大1年まで期間延長ができます。
- ただし、1回の申請は90日までです。
- 期間延長の場合は意見書記入日の身体状況（ADL や歩行状態など）、今後のリハビリの内容と治療効果の見込みを具体的に記入してください。

【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。

意見書記入要領

① 現症

1 発症時期 症状が発現した時期（年月日）を記入してください。

2 症 状 身体症状、合併症

3 確定診断の根拠となった検査名及び施行日とその結果

（記入例）

〇〇年〇月〇日、保健所の検査にてHIV-1 感染症判明。

② 医療の具体的方針

- 免疫機能障害に対する具体的な治療方針を記入してください。治療内容が変更になった場合はその都度意見書の提出が必要です。
- 更生医療は「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ますので、必ず（治療効果の見込み）は具体的に記入してください。

（記入例）

抗 HIV 剤の多剤併用療法（HAART）の開始にて免疫力の回復、維持が期待される。

③ 治療見込み期間

- 入院・外来あわせて1年までです。
- 入院と外来の割合などが変更になった場合は意見書の提出が必要です。

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	性 別	男・女	M T S	H 53 年 2 月 3 日 生
住 所	熊本市 〇区〇〇町〇〇—〇番地	身体障害者手帳	1 種 4 級		
病 名	免疫不全症	発 病	M T S (H) 21 年 1 月 15 日頃		
① 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、平成〇年〇月〇日保健所受診。その際、HIV-1抗体陽性が判明した。現在、CD4陽リンパ球 179/μl、HIV-1RNA 38200コピー/mlであり、抗HIV剤の多剤併用療法の開始が必要である。				
② 医 療 の 具体的方針 (治療効果の見込みも併せて記入してください)	抗HIV剤の多剤併用療法 (HAART) の開始 (治療効果の見込み) 抗HIV剤の多剤併用療法 (HAART) の開始にて免疫力の回復、維持が期待される。				
入院年月日	年 月 日	③	手術予定日	年 月 日	
④ 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	通算 1 2ヶ月間
	訪問看護予定回数並びに期間	回	日間	日間	
⑤ 医療費等概算額	手 術	0 円	検 査	300,000 円	
	投 薬	2,400,000 円	基 本 診 療	20,000 円	
	注 射	0 円	入 院	0 円	
	処 置	0 円	そ の 他	0 円	
	訪問看護費	0 円	移 送 費	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	移 送 費	0 円	
	通院医療費	2,720,000 円	計	2,720,000 円	
指 定 医 療 機 関	病 院	⑥ 〇 〇年 3 月 17 日			
	診 療 所	医療機関名	〇〇〇〇〇〇病院		
		所在地	熊本市〇〇区△△△町〇番地		
		医師名	☆☆ ☆☆☆ (印)		
	薬 局	薬 局 名	〇〇〇〇〇〇薬局		
		所在地	熊本市〇〇区△△△町〇番地		
		薬剤師名	◇◇ ◇◇ (印)		
	訪問看護事業所	訪問看護事業者名			
		所在地			
		代表者名	(印)		

【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、日常生活能力の回復の見込みのあるもの。

2 支給認定の範囲

- 肝臓移植術及びこれに伴う医療に限る。
- 肝臓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。

意見書記入要領

① 現症

- 1 肝臓移植をする場合
発症時期、症状、肝移植が必要な理由（検査結果含む）を明記してください。
- 2 肝臓移植後の抗免疫療法の場合
肝臓移植の原因疾患名、肝臓移植日、その後の経過、抗免疫療法が必要な理由などを記入してください。

(記入例)

**C型肝炎・肝硬変に対して平成19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。**

② 医療の具体的方針

- ・手術名はレセプトと同じ正式な手術名を記入してください。
 - 更生医療は「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ますので、必ず（治療効果の見込み）を具体的に記入してください。
 - 前回の意見書と内容が変わった場合は、変更後の内容で意見書を提出してください。

(記入例)

拒絶反応の制御により日常の生活に戻ることができる。

③ 治療見込み期間

- ・手術日から最大1年までです。

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	性 別	男・女	M T S (S) H	53年2月3日生
住 所	熊本市 〇区〇〇町〇〇—〇番地	身体障害者手帳	1 種 4 級		
病 名	C型肝炎・肝硬変(肝臓移植後)	発 病	M T S (H)	15年1月 日頃	
① 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・肝硬変に対して平成19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。				
②医療の 具体的方針 (治療効果の見込みも併せて記入してください)	肝移植後の抗免疫療法 (治療効果の見込み) 拒絶反応の制御により日常生活に戻ることができる。				
入院年月日	年 月 日	手術予定日	年 月 日		
③治療 見込期間	入院治療期間 通院治療回数並びに期間	日間 回	12ヶ月間 日間	通算 12ヶ月間	
④ 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	移 送 費	0 円	
	訪問看護費	0 円	そ の 他	65,000 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 通院医療費 訪問看護費	0 円 821,400 円 0 円	移 送 費 計	0 円 821,400 円	
指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	〇〇年 4月 17日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 熊本市〇〇区△△△町〇番地 医師名 ☆☆ ☆☆☆ (印)			
	薬 局	薬 局 名 〇〇〇〇〇〇薬局 所在地 熊本市〇〇区△△△町〇番地 薬剤師名 ◇◇ ◇◇ (印)			
	訪問看護 事業所	訪問看護事業者名 所在地 代表者名 (印)			

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・そしゃく機能障害】

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

7 Q&A

【じん臓】

Q1：透析中の慢性腎不全の悪化による入院は更生医療の対象となりますか？

慢性腎不全の治療は更生医療の給付対象ではありません。透析の費用のみ更生医療給付対象となります。

慢性腎不全及び合併症の治療及び入院費は一般医療の対象となります。

Q2：脳梗塞の後遺症で寝たきりのため、入院して透析を行っています。この場合、意見書の治療見込み期間や医療費の記入はどのようなのでしょうか？

脳梗塞に限らず、様々な理由で入院して透析を行う場合は、必要な入院日数を意見書に記入してください。あわせて、入院が必要な理由（具体的な症状など）も必ず記入してください。ただし、更生医療の入院対象となるのは、透析導入時の3ヶ月間、じん移植・シャント及びCAPDカテーテル設置・シャント部分の炎症などとなっており、脳梗塞の後遺症は該当しません。医療費の見込額は人工透析に係る費用のみ計上してください。なお、レセプトも必ず更生医療対象分と医療保険対象分とを分けて記入してください。

Q3：じん臓機能障害で内容の変更が生じた場合、前回認定していた給付内容はどのようなのでしょうか。

内容が変更になった場合は、前回認定されていた内容は無効となります。

【心臓】

- Q5：「僧帽弁閉鎖不全症による自己身の日常生活が極度に制限される心臓機能障害（弁置換）」の手帳をお持ちの方が心筋梗塞の手術を受けることになりました。この場合、障害名の追加は必要でしょうか

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。

【肢体】

- Q6：体幹機能障害の手帳をお持ちの方が左人工股関節全置換術をすることになりました。この場合、体幹機能障害の手帳で更生医療の給付を受けられるでしょうか

体幹機能障害の手帳のみでは、人工股関節の手術は対象とはなりません。手術部位の手帳（この場合は左股関節）発行後更生医療の申請手続きをしてください。等級についての規定はありません。

- Q7：ベッドから落ちて骨折した場合は更生医療に該当しますか

骨折の治療は一般医療になりますので該当しません。

【その他】

- Q8：更生医療対象外の医療費はどうなりますか？

原則として一般の医療保険対応となります。レセプトは更生医療とその他の医療とに分けて記入してください。

- Q9：白内障による水晶体摘出術は更生医療の対象となるのでしょうか。

すでに視覚障害の手帳を所持されており、手術により更生が見込まれる方は対象となります。

- Q10：ストマの造設は更生医療の対象となりますか。

ストマの障害認定はストマ造設後からですので、ストマの造設は更生医療でなく一般医療の対象となります。

8 意見書様式のダウンロード方法

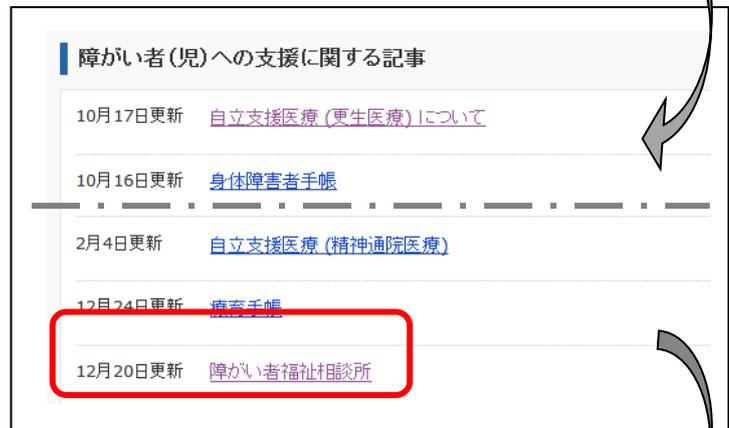
- 熊本市ホームページ [人生のできごとから探す](#)より



- [障がい](#)を選択



- [障がい者\(児\)への支援](#)を選択



- [障がい者福祉相談所](#)を選択



- [自立支援医療\(更生医療\)](#)を選択し、

- 医療機関マニュアル、意見書等必要書類をダウンロードください。
- 申請様式等は、リンク先の[障がい保健福祉課の自立支援医療\(更生医療\)](#)よりダウンロードしてください。

9 参考資料

○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、言語機能又はそ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。また、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ヶ月以内とし、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の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) 自立更生医療費の支給は、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。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者等を添えて、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。

○その他関係法規・通知

・戦傷病者特別援護法

（昭和三十八年八月三日法律第六十八号）（最終改正：平成二六年六月一三日法律第六九号）

・自立支援医療費の支給認定について

（各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

（平成18年3月3日 障発第0303002号）（改定：平成25年03月15日 障発第315003号）

10 問い合わせ先一覧

1) 更生医療に関する制度、申請手続きについて

障がい保健福祉課	096-328-2519
受給者の管轄区役所福祉課	
中央区役所福祉課	096-328-2313
東区役所福祉課	096-367-9177
西区役所福祉課	096-329-5403
南区役所福祉課	096-357-4129
北区役所福祉課	096-272-1118

2) 医療費請求やレセプトの記入について

熊本県国民健康保険団体連合会	医科審査課
	096-365-1383
社会保険診療報酬支払基金	
(ダイヤルイン番号)	096-364-0316
(代表)	096-364-0105
※担当の内線番号が不明な場合、 ダイヤルイン番号が繋がらない場合は、代表番号におかけください。	

3) 意見書の医学的判定に関することについて

熊本市障がい者福祉相談所 更生医療担当
096-362-6500

4) 更生医療の指定医療機関などについて

熊本市以外の医療機関
熊本市障がい者福祉相談所 判定班 指定医療機関担当
096-362-6500
熊本市以外の医療機関
熊本県福祉総合相談所 障がい相談課 身体障がい者手帳班
096-381-4461

障 福 発 第 1632 号
平成 31 年 1 月 31 日

指定自立支援医療機関管理者 様

熊本市障がい者福祉相談所長
(公印省略)

身体障害者手帳と自立支援医療（更生医療）
との同時申請の見直しについて（通知）

身体障害者手帳と自立支援医療（更生医療）の申請を同時に行う取り扱い、いわゆる同時申請について、このたび、下記のとおり見直しを行い、実施することとしましたのでお知らせします。

なお、熊本県におきましても、同様の取扱いとなることを申し添えます。

記

1 見直しの趣旨

更生医療は、すでに身体障害者手帳の交付を受けている人が、その障害を軽減する手術を受ける場合に医療費の助成を行う制度であるところ、身体障害者手帳を持たない人が緊急に手術等を受ける場合には、身体障害者手帳と更生医療の申請を同時に受け付ける例外的な取り扱いを行ってきた。

これらの中には、障害が固定したとは言えない段階で申請されているものや、例外的に取り扱うまでの緊急性が認められないものがあつたため、今般、障害固定後の認定の原則と事前申請の原則に照らし、適正な取り扱いとすることを目的に、同時申請の対象となる医療を限定することとしたもの。

2 見直し後に同時申請の対象とする医療

身体障害者手帳の交付を受けていない者が、障害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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 肝臓移植術（抗免疫療法を含む）
免疫機能障害	<ul style="list-style-type: none"> • 抗 HIV 療法

3 適用年月日 2019年（平成31年）5月1日（水）以降申請分
※仮受付日が同日以降となるもの

4 その他 表に掲げる医療については、従来の同時申請の手続き方法から変更ありません。
その他別紙Q&Aを参照ください。

<問い合わせ先>
熊本市障がい者福祉相談所 内藤
〒862-0971
熊本市中央区大江5丁目1-50
TEL:096-362-6500
FAX:096-362-6660

発行／ 熊本市障がい者福祉相談所

〒862-0971

熊本市中央区大江5丁目1番50号

こどもセンター「あいぱるくまもと」1階

電 話 096-362-6500

F A X 096-362-6660

発行日／令和2年7月1日（第Ⅱ版）