



指定自立支援医療機関
(更生医療) マニュアル

熊本県福祉総合相談所
障がい相談課
令和7年1月1日



目 次

1	自立支援医療（更生医療）の定義と理念	P 3
2	更生医療の対象について	P 3
	(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	更生医療に該当するかどうかの判断	P 6
4	給付手続きの流れ	P 7
5	医療保険制度等との適用順序	P 8
6	更生医療の申請に必要な書類	P 9
7	身体障害者手帳と更生医療の同時申請について	P10
8	更生医療意見書の位置づけ及び 事務処理の流れ	P 11
9	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	P 12
10	意見書の記入方法	P 13
	● じん臓機能障害	P 15
	● 心臓機能障害	P 27
	● 肢体不自由	P 33
	● 免疫機能障害	P 38
	● 肝臓機能障害	P 40
	● その他の障害	P 42
11	Q & A	P 43
12	意見書様式のダウンロード方法	P 46
13	参考資料（関係法令など）	P 47
14	問い合わせ先一覧	P 53

1. 自立支援医療（更生医療）の定義と理念



「自立支援医療（更生医療）（以下更生医療という。）」は、疾病、事故、災害等による身体損傷に対する一般医療（治療）を終え、すでに治癒（欠損治癒、変形治癒等の不完全治癒）した身体障害者に対し、その日常生活能力、社会生活能力、又は職業能力を回復、向上、もしくは獲得（更生）させることを目的として行われるリハビリテーション医療です。更生医療の対象は、臨床症状が消退し永続するようになった「障害そのもの」であり、理念的に疾病を対象とした一般医療とは一線を画します。

2. 更生医療の対象について

（1）対象者

身体障害者福祉法第4条に規定する身体上の障害を有する者であって、身体機能の改善、維持等の確実なる治療効果が期待しうるものとされています。

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）



（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に限られます。

（3）対象となる医療

- ① 当該障害（身体障害者手帳に記載されている障害原因と因果関係があるもの）に対し確実なる治療効果が期待されるものに限られます。
- 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、対象になりません。
- ③ 内臓障害によるものについては、手術により障害の除去又は軽減が見込まれるものに限られます。ただし、じん臓障害に対する人工透析療法・じん臓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及び肝臓移植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ります。

更生医療の対象となる医療例

障害区分等		医療等の例
肢体不自由 		関節置換術・関節形成術・骨切り術・抜釘術・義肢装具装着のための断端形成術・手術後のリハビリなど
視覚障害		角膜移植術・水晶体摘出術・硝子体切除術 網膜剥離術など
聴覚障害		人工内耳埋込み術・鼓室形成術 穿孔閉鎖術など
音声、言語、そしゃく機能障害 		外傷性（顎口蓋形成術・外傷性発音構語障害の形成術など）
内臓障害	じん臓機能障害	人工透析療法・腹膜透析（CAPD）・シャント作成術 じん移植術・じん移植後の抗免疫療法
	心臓機能障害  要手術	弁置換術・心房（室）中隔欠損閉鎖術・ペースメーカー植込み術など
	小腸機能障害	中心静脈栄養法など
	肝臓機能障害	肝臓移植術・肝臓移植術後の抗免疫療法
免疫機能障害		抗HIV療法・免疫調整療法 

重要

上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あたる場合は該当となりません。更生医療は「身体上の障害を有する者であって確実なる治療効果が期待しうるもの」を対象としていますので、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。

先に示した医療例に該当しても、最終的には意見書に記入されている障害状況や医療内容、治療見込みなどで判定医が給付の適否を審査し判定書を発行します。

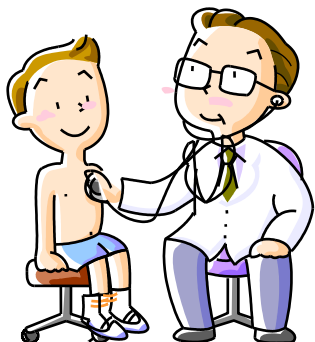
時々、事前に更生医療の対象となるか・・・というお問い合わせがありますが、個々のケースにより医療内容が同じでも対象となるかどうか異なりますので事前の回答はできません。

＊ 骨折の治療は基本的に一般医療にあたるため、更生医療の対象にはなりません。



(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)



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



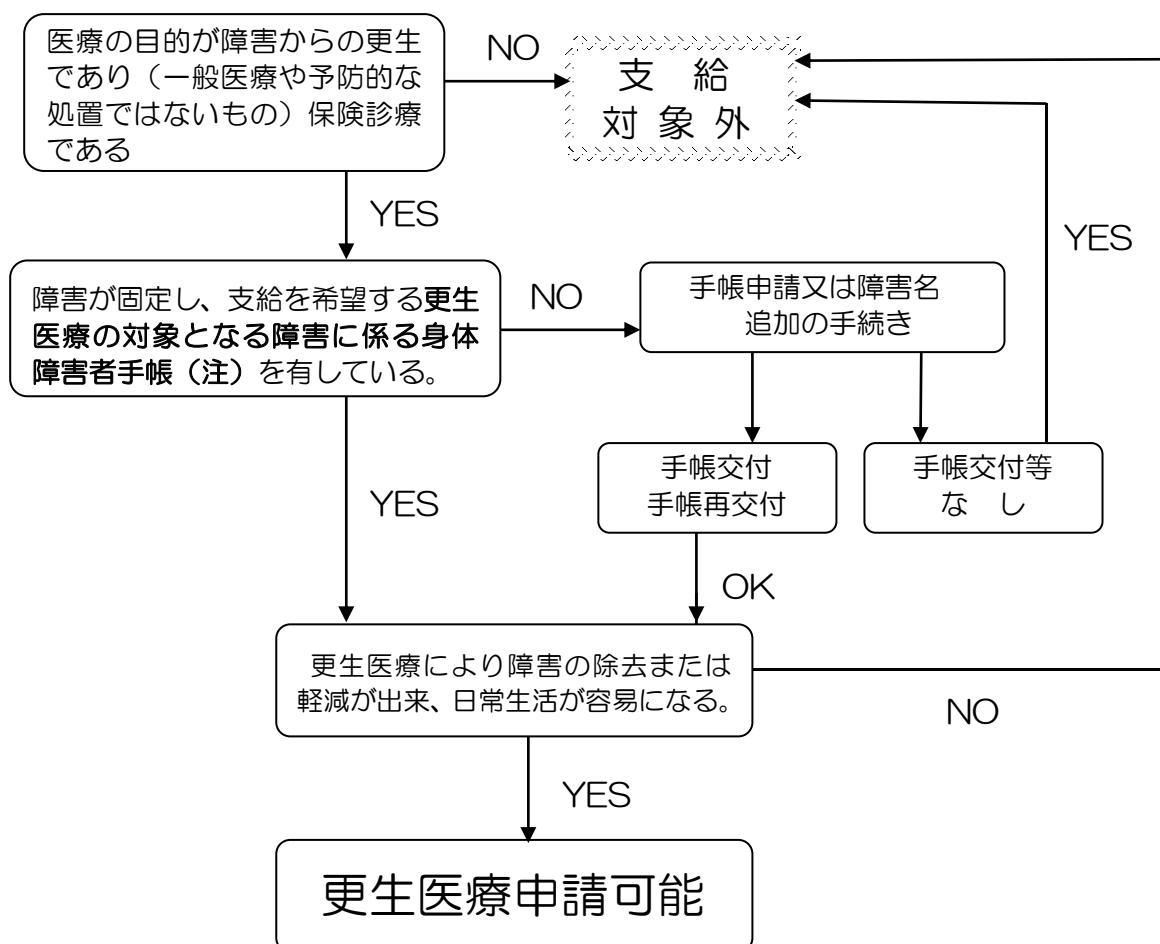
⑥ 移 送



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。

3. 更生医療に該当するかどうかの判断

更生医療に該当するかどうか、判断に迷ったときは
下のフローチャートをご利用ください。



（注）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

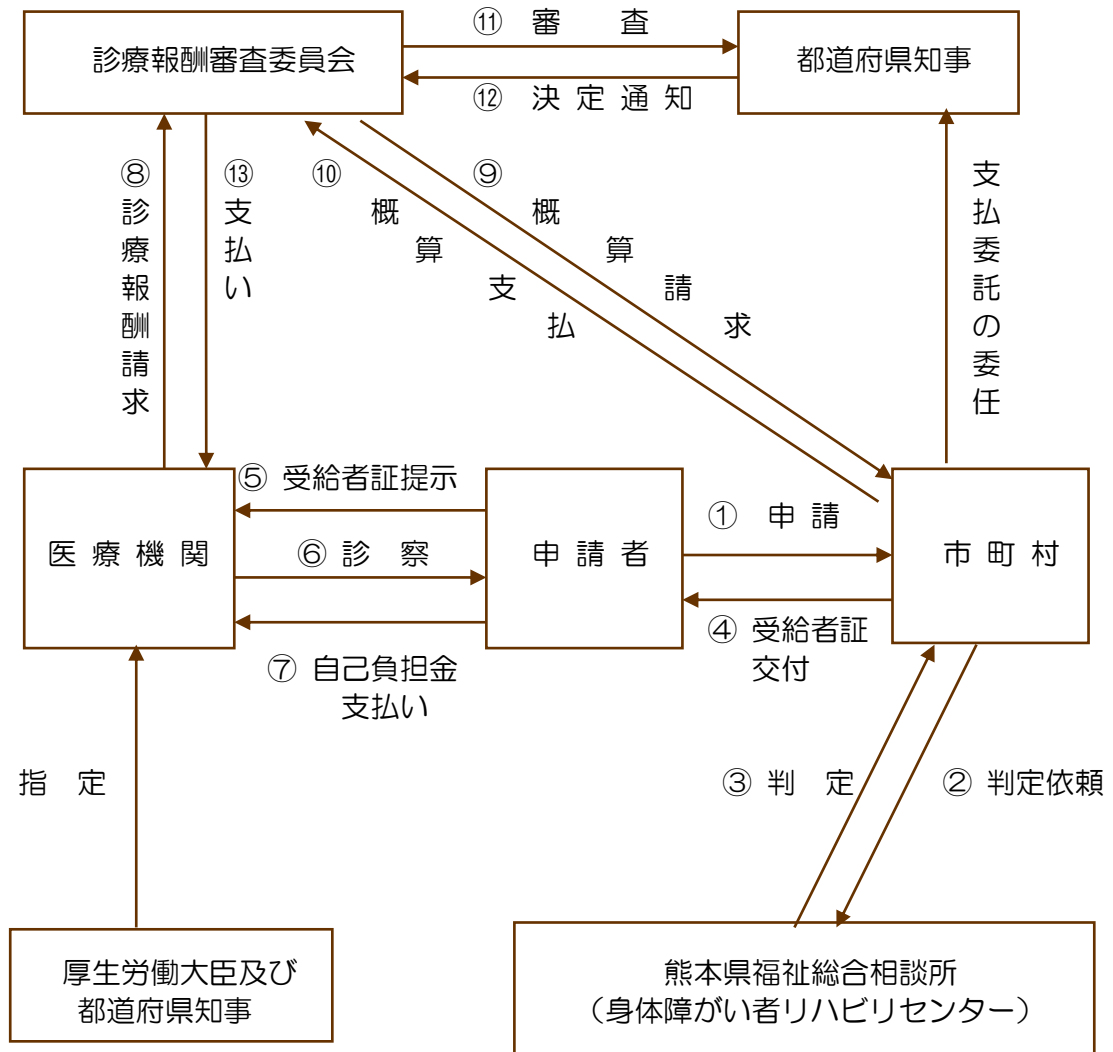
- 整形外科手術の場合、給付対象となる障害部位と医療対象部位の整合性が必要となります。体幹機能障害、脳原性運動機能障害の手帳では部位が特定できないため、疾患名や現在の状態等について個別に検討が必要となりますので、そのつど、ご相談ください。
- 手帳名が「左股関節機能の著しい障害」の場合、左股関節の医療しかできません。右股関節の手術などが必要な場合は障害名追加も行ってください。障害名の追加が出来ない場合は更生医療の対象にもなりません。

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。

4. 給付手続きの流れ

更生医療給付の流れは下のフローチャートのとおりです。



5 . 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	実施主体	自己負担額
1	医療保険制度	保険者	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	市町村	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	市町村	市町村の規定による ※身体障害者手帳所持者の場合 1・2級が対象

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。

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）
肝臓の機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）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）。

6 . 更生医療の申請に必要な書類

 更生医療の申請には以下の書類が必要です。

1 医師の意見書

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

2 身体障害者手帳 の写し

3 被保険者証など

受診者及び受診者と同じ「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

4 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

5 じん臓機能障害に対する人工透析療法の 경우에는、特定疾病療養受療証の写しを添付



- 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第五十八条 2 に基づき、更生医療を受ける際は指定自立支援医療機関に医療受給者証を提示して自立支援医療を受けることとなっています。したがって、事前に市町村へ更生医療の手続きをしておくことが必要とされています。ただし、緊急の場合その他やむを得ない事由のある場合についてはこの限りではありません。
- 自立支援医療費の支給範囲は、判定書に基づき受給者証に記載されている医療に限られます。
- 給付開始日は市町村で決定しますが、基本的に申請日以降となります。申請者や医療機関の都合により申請が遅延した場合、遡及できませんのでご注意ください。

7. 身体障害者手帳と更生医療の同時申請について

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

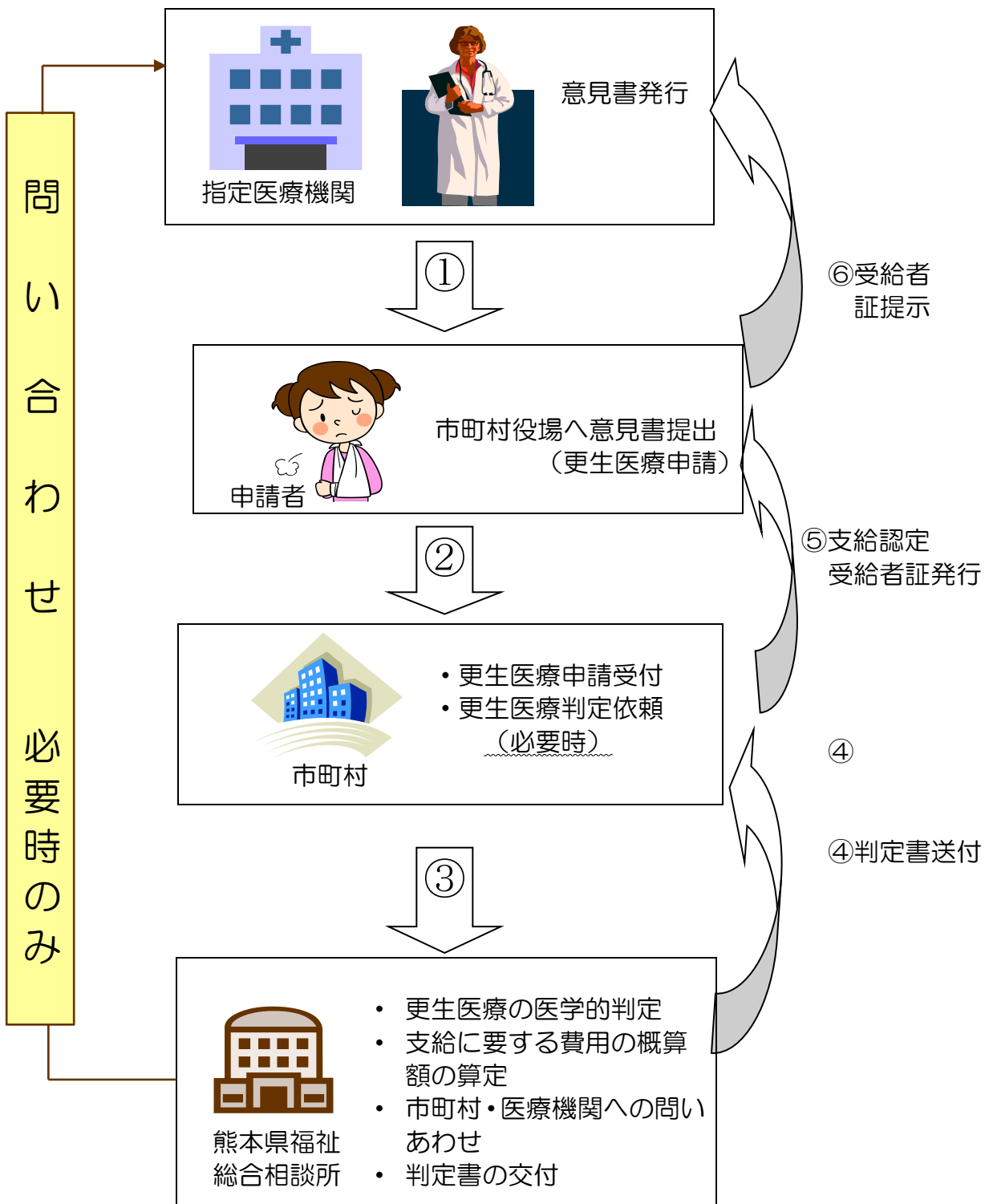
身体障害者手帳の交付を受けていない者が、障がいを軽減する医療を受ける場合に、その医療を受けてもなお、身体障害認定基準を疑義なく満たし、手帳が交付されることが明白であると考えられる、下表に掲げるもの。

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

8. 更生医療意見書の位置づけ及び事務処理の流れ

指定自立支援医療機関で発行された意見書は、まず市町村に提出されます。市町村は意見書の内容を検討し、熊本県福祉総合相談所（熊本県身体障がい者リハビリセンター：以下「相談所」という。）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、判定書を市町村に送付します。市町村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。

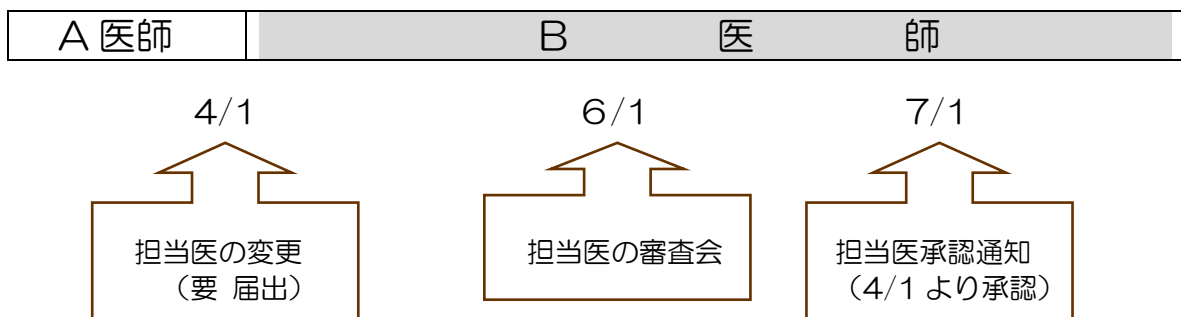




9. 指定自立支援医療機関において 更生医療を主として担当する医師 について

- 更生医療の意見書は主として更生医療を担当する医師（以下「担当医」という。）でなければ作成出来ません。
- 担当医が変更になったり、不在となった場合は速やかに届け出を行ってください。
- 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。

（例）



例えば、上記のケースでは、4月1日から6月30日まで意見書の発行は保留となります。7月1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ので、発行が可能となります。

更生医療の場合は、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。

10. 意見書の記入方法



意見書の記入にあたっての留意事項

- 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3条2項に基づき、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。
- 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。
- 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。

- 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。
- 意見書の日付は必ず記入してください。
- 意見書を訂正する場合は、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。
- 更生医療の適応は、身体障害者手帳交付後の意見書記入日以降となります。
- 意見書の様式、記入例などは熊本県のホームページにも掲載しております。P46 の手順にそってダウンロードしてください。

目次

● じん臓機能障害	P 15
● 心臓機能障害	P 27
● 肢体不自由	P 33
● 免疫機能障害	P 38
● 肝臓機能障害	P 40
● その他の障害	P 42
■ Q & A	P 43
■ 意見書様式のダウンロード方法	P 46
■ 参考資料(関係法令など)	P 47
■ 問い合わせ先一覧	P 53

じん臓機能障害

① 給付対象

じん臓機能障害のうち、保存的治療で尿毒症症状を改善することができず、人工透析療法又はじん移植により症状が軽減または除去され、日常生活能力の回復が見込める場合。

② 給付範囲

- * 人工透析療法
- * じん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、じん移植術及びそれに伴う医療に限られる。)

1 給付対象者

じん臓機能障がい者のうち、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 更生医療の給付の範囲

じん臓機能障がい者に対する人工透析療法、じん移植術及びこれらに伴う医療に限るものであること。

✿ 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 シャント設置（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 シャントトラブル
- 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 じん移植
- ⑩ じん移植後の抗免疫療法
- ⑪ じん移植後、移植じん不適應のためのじん摘出



* 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。

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 <u>S</u> 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 <u>S</u> (<u>H</u>) R 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 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 費用の見込み額	入院医療費 1,005,000 円 通院医療費 4,645,000 円 訪問看護費 0 円	移 送 費 0 円 計 5,650,000 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 □□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		

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（入院理由の記入要領はP18以降をご参照ください）

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）

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。

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		M T (S) H R 3 5 年 3 月 1 6 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 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 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 (6 8 . 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	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 3 0 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 1 1 か月間 通算 3 6 5 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 費用の見込み額		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 診 療 所	〇〇年 5 月 1 0 日 医療機関名 〇〇〇病院 所 在 地 □□市△△△町 1 0 番地 医 師 名 〇〇 〇〇〇		
	薬 局	薬 局 名 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		



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。



支給券に記載する助言例

「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。



支給券に記載する助言例

「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	○ ○ ○ ○		M T (S) H R 35 年 3 月 16 日生	
住 所	○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○ ー ○ 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 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	○ ○ 年 5 月 19 日		手術予定日	年 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	13,320 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み額		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	○ ○ 年 5 月 10 日 医療機関名 ○ ○ ○ 病院 所 在 地 □ □ 市 △ △ △ 町 1 0 番地 医 師 名 ○ ○ ○ ○		
	薬 局	薬局名 ○ ○ ○ ○ 薬局 所 在 地 □ □ 市 △ △ 町 2 0 番地 薬剤師名 ○ ○ ○ ○		
	訪問看護事業所	訪問看護事業所名 所 在 地 代表者名		

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。
- 見込額の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、判定書の助言で投薬・注射代の基本的な考え方を示しています。



* 支給券に記載する助言例 *

「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	○ ○ ○ ○		M T S H R 3 5 年 3 月 1 6 日生		
住 所	○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○ — ○ 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 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 (6 8 . 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	○ ○ 年 5 月 2 0 日		手術予定日	年 月 日	
治 療 見込期間	入院治療期間 3 0 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 1 1 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み額		入院医療費 750,000 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	○ ○ 年 5 月 1 0 日			
		医療機関名 ○ ○ ○ 病院			
		所在地 □ □ 市 △ △ △ 町 1 0 番地			
	薬 局	医師名 ○ ○ ○ ○			
薬局名 ○ ○ ○ ○ 薬局 所在地 □ □ 市 △ △ 町 2 0 番地 薬剤師名 ○ ○ ○ ○					
訪問看護事業所	訪問看護事業所名				
		所在地			
		代表者名			

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。
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。



＊支給券に記載する助言例＊

「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 <u>S</u> 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 <u>H</u> 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) 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	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み額	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	〇〇年 5月10 日 医療機関名 〇〇病院 所 在 地 □□市△△△町10番地 医 師 名 〇〇 〇〇		
	薬 局	薬局名 〇〇〇薬局 所 在 地 □□市△△町20番地 薬剤師名 〇〇 〇〇		
	訪問看護事業所	訪問看護事業所名 所 在 地 代表者名		

* 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。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。



* 支給券に記載する助言例 *

「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。」





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。

① 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。

② 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。
- 1 回の手術の給付対象期間は最大 90 日までです。
- 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。

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 S H R	10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 H R	21年 5月 5日頃
①現 症 ①発症時期 ②症状 ③検査日 ④検査項目 ④ 検 査 結果	令和〇〇年5月5日頃より、軽労作で息切れ増悪あり。翌6日の心エコー検査で、大動脈弁狭窄症（平均圧較差：43mmHg、弁口面積：0.79cm ² 、最高血流速度：4.1m/s）が認められ 施術予定となる。 高齢のため、TAVI 適応。			
② 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)	TAVI（経カテーテル的大動脈弁挿入術）の適応である (治療効果の見込み) 治療により息切れ改善し、心機能回復が見込まれる			
入院年月日	〇〇年 5月 6日	手術予定日	〇〇年 5月 9日	
③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 } 通算 30 日間			
④ 医療費等概算額	手 術	5,285,005 円	検 査	55,066 円
	投 薬	17,300 円	基 本 診 療	0 円
	注 射	870 円	入 院	1,236,595 円
	処 置	1,650 円	そ の 他	0 円
	訪問看護費	0 円	移 送 費	0 円
	合 計	6,596,486 円		
医療等に要する費用の見込み額		入院医療費 6,596,486 円 通院医療費 円 訪問看護費 円	移 送 費 円 計 4,596,586 円	
指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	〇〇年 5月 6日 医療機関名 〇〇病院 所 在 地 □□郡△△△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	訪問看護事業者名 所 在 地 代表者名		

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 P30 に、意見書記載例を P31～P32 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、カロードプラで左右短絡あり。
- ・ ○○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のは更生医療の給付対象外となっていますので、正式な手術名を記載してください。

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。予防は不可です。

（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。
- ・ 胸部症状や息切れの改善

② 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。

③ 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載してください。



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 ・ 洞停止 ・ 洞房ブロック ・ 不整脈所見 ・ 交換時は植込術施行日、電池消耗確認日
房室ブロック	ペースメーカー	心電図	・ 症状 ・ 心電図所見 ・ 交換時は植込み術施行日、電池消耗確認日も記入
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
心室細動・心室頻拍	ICD・CRT-D 植え込み	心電図	・ 症状 ・ 心電図所見 ・ 交換時は植込み術施行日、電池消耗確認日も記入
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
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 ・ 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
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）1.5～2.0 以上 ・ 肺体血管抵抗比（Rp/Rs）0.3 以下 ・ 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）2.0 以上 ・ 肺高血圧の有無 ・ 大動脈弁逸脱、逆流の有無



心臓意見書現症記載例



病名	手術名	意見書記載例
心筋梗塞	経皮的冠動脈形成術	令和〇〇年8月28日午前8時頃より胸痛自覚し当院に救急搬送。心電図の前胸部誘導でST上昇が認められ、緊急心臓カテーテル検査施行。左前下行枝#6に閉塞があり施術予定となる。
大動脈弁狭窄症	大動脈置換術	令和〇〇年3月24日、呼吸困難発症。急性心不全の診断で治療開始されたが、25日の心エコー検査で大動脈弁狭窄症（圧較差90mmHg、弁口面積0.6cm ² ）が認められ施術予定となる。軽労作で容易に心不全を惹起する状態である。
僧帽弁閉鎖不全症・三尖弁閉鎖不全・心房細動	僧帽弁置換術・三尖弁形成術・メイズ手術	令和〇〇年5月末に動悸と息切れを認め、前医受診。心雑音と不整脈あり。精査加療目的で当院循環器内科へ紹介となった。6月6日の心エコー・心電図検査にて、重度の僧帽弁閉鎖不全症（LVDd/ LVDs=63.3/44.2mm、心房中隔/左室後壁=10.1/10.5mm、左房径=63.7mm、左心室壁運動消失、駆出率=56.4%）、心房細動、三尖弁輪拡大があり、手術適応と判断した。
大動脈弁狭窄症・心房細動	大動脈弁置換術・メイズ手術	令和〇〇年12月19日にふらつきと腰痛が出現し救急搬送される。心エコー検査で心尖部の壁運動低下を認め緊急冠動脈造影施行。左回旋枝#8末梢の閉塞を認め血栓吸引施行。入院時より心房細動と重度大動脈弁狭窄症を認めた。令和△△年5月21日に検査入院し、心房細動及び大動脈弁狭窄症（大動脈弁弁口面積0.51cm ² 、左心室-大動脈圧較差：50mmHg、2尖弁）所見が認められ手術予定となる。
大動脈弁閉鎖不全症	大動脈弁置換術	令和〇〇年5月4日深夜、急に呼吸困難出現しかかりつけ医を受診。うっ血性心不全のため当院へ紹介搬送。薬物治療で心不全をコントロール。同月28日の心エコー検査にてⅣ度の大動脈弁逆流と左室拡大（LVDd：60.8mm、LVDs：50.2mm、LVEF：32%）による心不全と診断され手術方針となった。
洞不全症候群	ペースメーカー移植術	以前より発作性心房細動と洞性徐脈を指摘されていた。令和〇〇年7月上旬より全身倦怠感あり。7月4日のホルター心電図で、総心拍数50000/18時間と洞性徐脈（最大8.6秒のlong pause）あり。徐脈中にはしばしば接合部調律・上室性期外収縮もみられていた。徐脈が倦怠感の原因である可能性が高く、ペースメーカー植込みの適応と考えられた。
完全房室ブロック	永久ペースメーカー（DDD）植込み術	令和〇〇年9月頃より倦怠感あり。同年11月7日より精査目的にて当院入院。同日施行の心電図にて完全房室ブロックを認め、また心拍数も30台であった（最小心拍数36回/分）。本日BNPも103、3と上昇傾向だったため、今回ペースメーカー植込み術の適応と判断する。

完全房室ブロック（ペースメーカー移植術施行済み）	ペースメーカー電池消耗	令和〇〇年3月23日、完全房室ブロックでペースメーカー移植術施行。令和××年5月10日のペースメーカーチェックでペースメーカー電池消耗を認めた。
ブルガダ症候群・心室頻拍	植込み型徐細動器移植術	23歳頃より失神歴あり。令和〇〇年11月、胸痛・意識レベル低下あり前医受診。同月28日のサンリズム負荷試験等の結果、ブルガダ症候群と診断された。令和××年1月17日の電気生理学検査にて心室頻拍・心室細動が誘発されたため植込み型徐細動器移植術の適応と判断した。
発作性上室性頻拍	経皮的心的筋焼灼術	30歳頃より突然の動悸と胸の圧迫感出現。時折、脈拍数200回/分以上のことや、頻脈が半日程度持続することがあった。令和〇〇年になり、発作の頻度が増加し、停止にはワソランやATP等の薬剤が必要になる。2月16日の発作時の心電図では心拍数≒150回/分の規則的な幅の広いQRS波の頻脈確認。根治期待できるカテーテルアブレーション施行予定。
心室細動・心室頻拍 心房頻拍	経皮的カテーテル心的筋焼灼術	令和〇〇年4月18日に動悸発作があり当院救急外来を受診。心電図検査で心拍数160回/分の心房頻拍を認めた。抗不整脈薬の内服では頻拍の抑制は不十分な状態であり、施術予定となる。
徐脈性心房細動	ペースメーカー植込み術	令和〇年2月15日頃より倦怠感、呼吸困難出現。18日の心電図検査、心エコー検査、胸部レントゲン検査にて、うっ血性心不全と徐脈性心房細動（心拍数39回/分）が認められた。また、入院後に30秒の心停止もあり手術適応となった。
大動脈瘤	上行・弓部大動脈人工血管置換術	令和〇〇年3月、大動脈炎症候群と診断され入院加療。その際の陽電子放射型断層撮影検査にて大動脈に集積像あり。令和××年4月頃より労作時の呼吸苦が出現。同年6月5日の心エコー検査で大動脈弁閉鎖不全症（軽度）あり。また、胸部大動脈瘤も5年間で48mmから75mmへと急速に拡大しており、破裂の危険性が高いため手術予定となる。
大動脈解離	上行弓部大動脈人工血管置換術	令和〇〇年7月10日午前7時頃、突然の胸背部痛を認め△△病院を受診。造影CT検査にて急性大動脈解離（スタンフォードA、デベッキーⅠ、偽腔開存型）を認め、当院へへりで搬送され、緊急手術の運びとなる。
拡張型心筋症（ペースメーカーバッテリー消耗）	ジェネレーター交換	令和〇〇年3月31日、拡張型心筋症による心不全に対して両室ペーシング植込み施行。左室拡張末期径≒78mm、駆出率≒15%程度と低心機能は残存。今回は令和××年6月12日の定期ペースメーカーチェックにてバッテリー消耗を認めた。
心房中隔欠損症	心房中隔欠損孔閉鎖術	先天性心房中隔欠損症にて、以前より労作時の呼吸困難感あり。令和〇〇年12月5日に経食道心エコー及び経胸壁心エコー検査の結果、Qp/Qs：1.9、二次孔欠損型、欠損孔サイズ12mm×13mm、肺動脈圧38/12mmHgで手術適応となる。

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

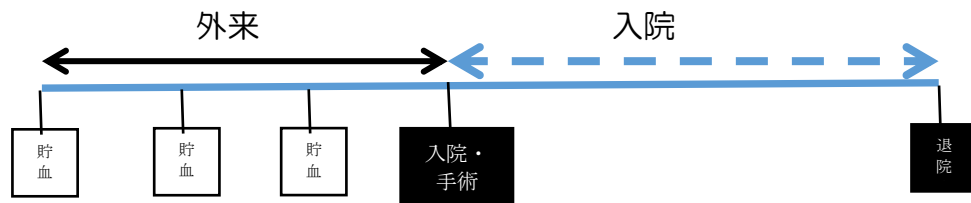
② 支給認定の範囲

- 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○日に自己血貯血を行い、
○月○日 □□□□術を実施する予定。



- 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。体幹機能障害、脳原性運動機能障害の手帳では部位が特定できないため、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、そのつと、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		M T <u>S</u> 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	M T S H R 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 ④ 検査結果	以前より両股関節痛（左＞右）があり、徐々に痛みが増強し歩行困難となる。令和〇〇年2月、左人工股関節全置換術施行。手術後の経過は順調で在宅生活を送っていたが、徐々に右股関節痛増強し再度歩行困難となる。 令和〇〇年3月3日撮影のX-P上、右股関節の著明な変形及び右股関節周囲筋の筋力低下を認め、右股関節は人工股関節の適応と診断する。			
② 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軽減し障害が緩和され、日常生活の向上が期待される。			
入院年月日	〇〇年 5 月 2 3 日		手術予定日	〇〇年 5 月 2 6 日
③ 治 療 見込期間	入院治療期間 9 0 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		通算 9 0 日間	
医療費等概算額	手 術	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 送 費 円 計 3, 170, 000 円	
指 定 医 療 機 関	病 院 診 療 所	〇〇年 5 月 1 0 日 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		
	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		

肢体不自由意見書記入要領

(注) 理学療法の期間延長記入要領はP37です。

① 現 症

1 発症時期

症状が発現した時期（年月日）を記載してください。

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)

- 〇〇年 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。
- 〇〇年 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すごすことが出来る。
- 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			M T 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	左変形性股関節症		発 病	M T S H R 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 ④ 検査結果	令和〇〇年 5 月 22 日、左人工股関節全置換術施行。同年 8 月 13 日現在、筋力低下により、移動には車いす（自走）使用中。下肢の筋力訓練及び歩行訓練により、杖歩行が可能となり自宅退院ができる見込み。				
② 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）	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） リハビリにより杖歩行が可能となり、家庭復帰ができる。				
入院年月日	〇〇年 5 月 20 日		手術日	〇〇年 5 月 22 日	
③ 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 } 通算 30 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		そ の 他	120,000 円
	訪問看護費	0 円		移 送 費	0 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 通院医療費 円 訪問看護費 円 移 送 費 円 計 770,000 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	訪問看護事業者名 所 在 地 代表者名			

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。

（記載例）

- 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載日の身体状況（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がい者であって、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8月1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

- 初回は入院・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		M T S H R	5 3 年 2 月 3 日生
住 所	〇〇郡△△町 1 2 3 4 番	身体障害者手帳	1 種 4 級	
病 名	免疫不全症	発 病	M T S H R	〇〇年 5 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)	令和〇〇年 5 月、全身倦怠感あり保健所受診。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載してください)	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	手術予定日	年 月 日	
③ 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 1 2 ヶ 月 間			
④ 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 通院医療費 2,720,000 円 訪問看護費 0 円	移 送 費 0 円 計 2,720,000 円	
指 定 医 療 機 関	病 院	〇〇年 3 月 1 7 日		
	診 療 所	医療機関名 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		

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がい者であって、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・肝硬変に対して令和〇年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。**

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		M T S H R 5 3 年 2 月 3 日生													
住 所	〇〇郡△△町1 2 3 4 番	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 R 〇 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・肝硬変に対して令和〇年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。															
②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）	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の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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">入院治療期間</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">日間</td> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">通算 1 2 ヶ月間</td> </tr> <tr> <td>通院治療回数並びに期間</td> <td>回</td> <td>1 2 ヶ月間</td> </tr> <tr> <td>訪問看護予定回数並びに期間</td> <td>回</td> <td>日間</td> </tr> </table>				入院治療期間		日間	}	通算 1 2 ヶ月間	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	
入院治療期間		日間	}	通算 1 2 ヶ月間												
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														
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		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">入院医療費</td> <td style="width: 10%;">0 円</td> <td style="width: 10%;">移 送 費</td> <td style="width: 10%;">0 円</td> </tr> <tr> <td>通院医療費</td> <td>821,400 円</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問看護費</td> <td>0 円</td> <td>計</td> <td>821,400 円</td> </tr> </table>			入院医療費	0 円	移 送 費	0 円	通院医療費	821,400 円			訪問看護費	0 円	計	821,400 円
入院医療費	0 円	移 送 費	0 円													
通院医療費	821,400 円															
訪問看護費	0 円	計	821,400 円													
指 定 医 療 機 関	病 院	〇〇年 4 月 1 7 日														
	診 療 所	医療機関名 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														

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がい者であって、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がい者であって、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

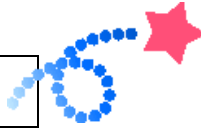
音声・言語・そしゃくに障害を有する身体障がい者であって、手術などにより障害が軽減又は除去され、日常生活能力回復の見込みがあるもの。

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



11 . 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載してください。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と医療保険単独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。



Q4：「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ペースメーカー挿入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。



Q5：体幹機能障害の手帳をお持ちの方が整形外科で手術を受けることになりましたが、更生医療の給付を受けられるでしょうか。

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。体幹機能障害、脳原性運動機能障害の手帳では部位が特定できないため、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、そのつど、熊本県福祉総合相談所までご相談ください。

Q6：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。



Q7：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。

Q8：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。

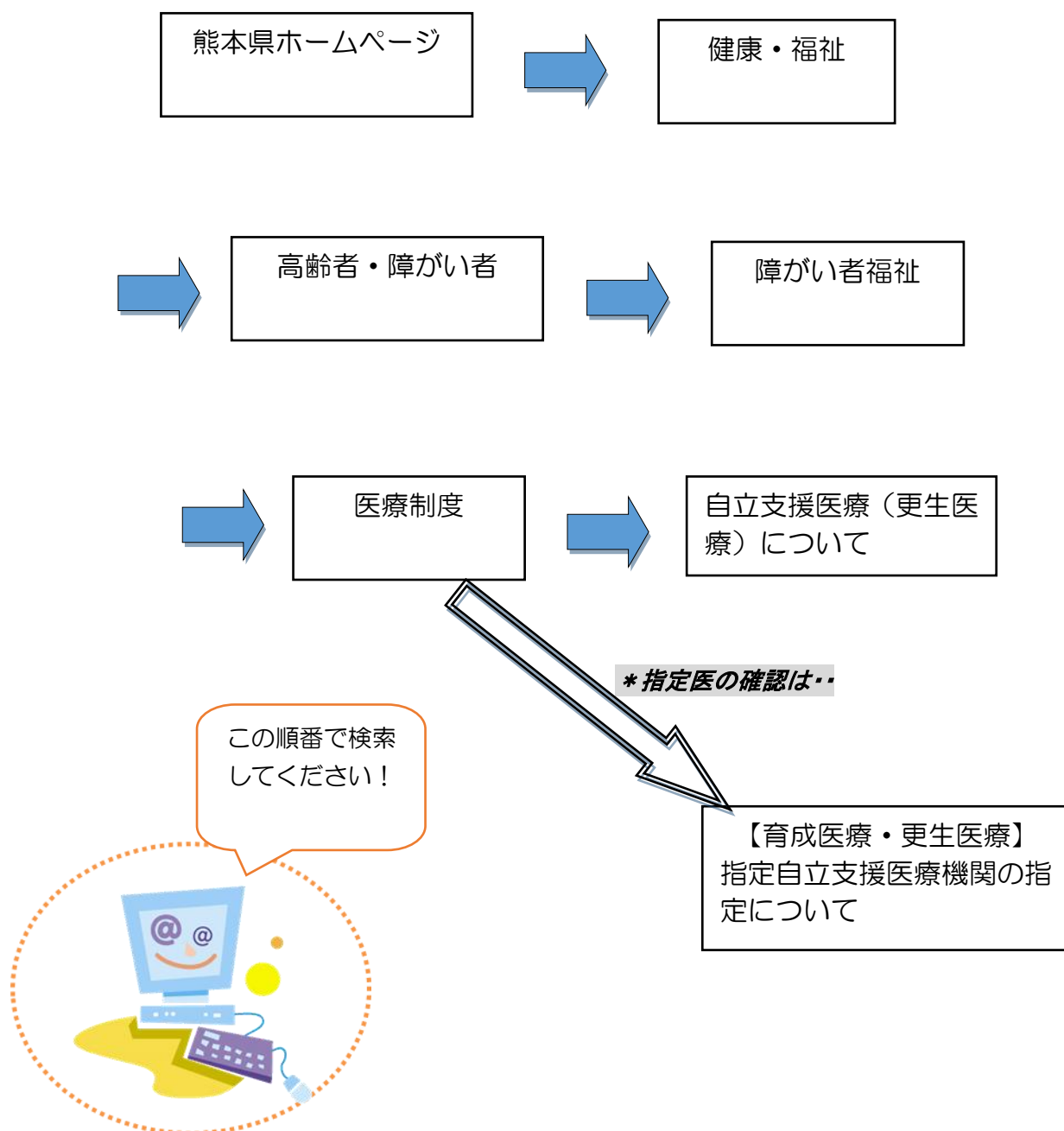
すでに視覚障害の手帳を所持されており、手術による確実なる効果が見込まれる場合は、更生医療の対象となる可能性はありますが、最終的には、意見書の内容での判断となります。視覚障害の手帳をお持ちでない方は、まず視覚障害の障害認定をご検討ください。

Q9：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。

11 . 医療機関マニュアル・意見書様式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。



12. 参 考 資 料

関係法令

障発0303002号
平成18年3月3日
(最終改正 障発0315第3号
平成25年3月15日)
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、臨床症状が消滅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。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」（社援発〇322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。

戦傷病者特別援護法

(更生医療の給付)

第二十条 厚生労働大臣は、公務上の傷病により、政令で定める程度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害、中枢神経機能障害、肢体不自由その他の政令で定める障害の状態にある戦傷病者が更生するために医療が必要であると認めるときは、その者の請求により、その更生のために必要な医療（以下「更生医療」という。）の給付を行うことができる。

2 更生医療の給付は、厚生労働大臣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（平成十七年法律第百二十三号）第五十四条第二項 に規定する指定自立支援医療機関に委託して行うものとする。

3 第十一条及び第十三条から第十六条までの規定は、第一項の規定による更生医療の給付について準用する。

4 厚生労働大臣は、更生医療の給付が困難であると認めるときは、更生医療の給付に代えて、更生医療に要する費用を支給することができる。

5 第十七条第二項及び第三項の規定は、前項の費用を支給する場合について準用する



13. 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

更生医療受給者の支給認定を行った市町村

2) 医療費請求やレセプトの記載について

熊本県国民健康保険団体連合会 医科審査課

〒 862-0911

熊本市健軍2丁目4番10号

熊本県市町村自治会館内

 096-365-1383

3) 意見書の医学的判定に関することについて

熊本県福祉総合相談所 障がい相談課 更生医療担当

 096-381-4461

4) 更生医療の指定医療機関などについて

熊本市内の医療機関

熊本市障がい者福祉相談所

 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

発行／ 熊本県福祉総合相談所

障がい相談課

〒861-8039

熊本市東区長嶺南2丁目3番3号

電 話 096-381-4461

F A X 096-381-4412

発行日／令和7年1月1日（第七版）