

1 3 自立支援医療（更生医療）

熊本県障がい者支援課

1 更生医療の基本事項

1) 定義 (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5条第22項)

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。

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 内臓の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、じん臓機能障害に対する人工透析療法・じん臓移植後の抗免疫療法・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臓移植後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する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の参考例》

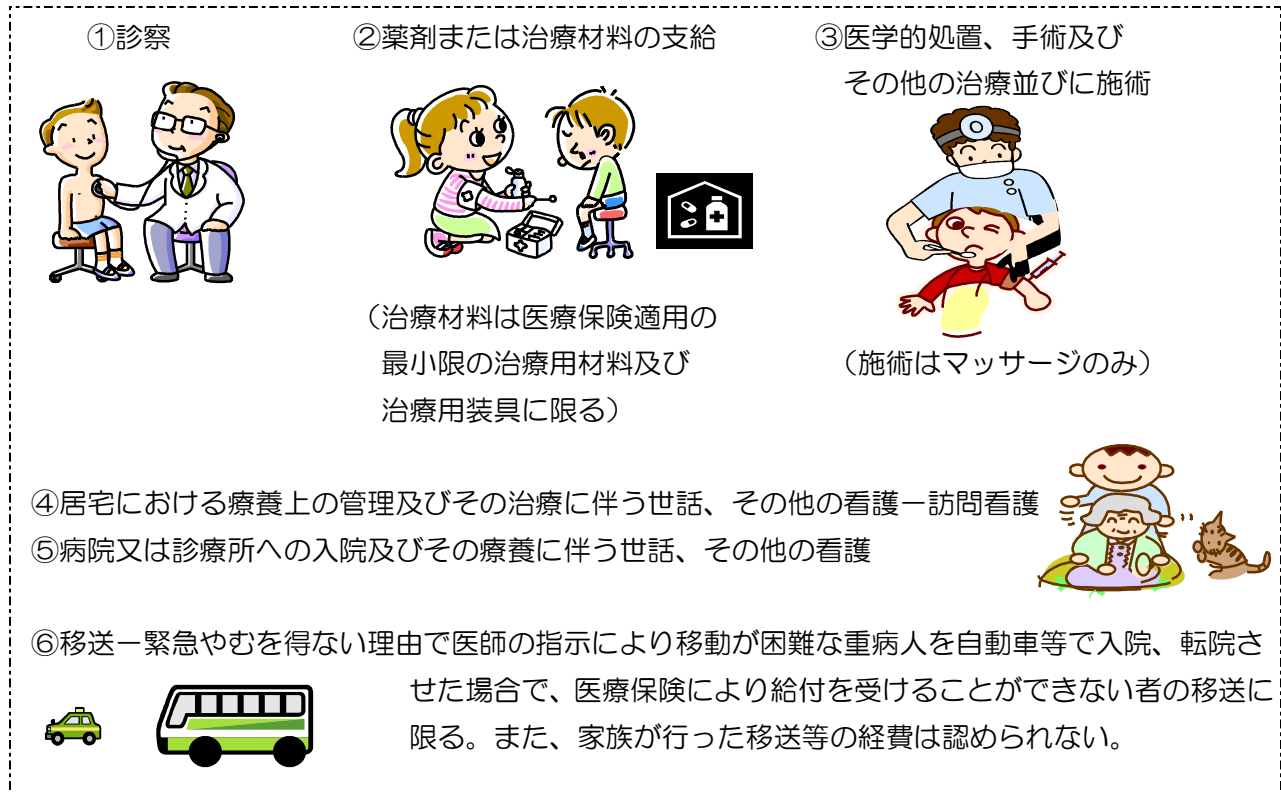
障害区分等	医療等の例	
肢体不自由	人工関節置換術・骨切り術など	
視覚障害	角膜移植術・水晶体摘出術など	
聴覚障害	人工内耳埋込み術・鼓室形成術など	
音声、言語、そしゃく機能障害	顎口蓋形成術など	
内臓障害	じん臓機能障害 人工透析療法・腹膜透析(CAPD) シャント作成術、じん臓移植術 じん臓移植後の抗免疫療法など	
	心臓機能障害 👉 要手術 弁置換術・経皮的冠動脈形成術 ペースメーカー植込み術 など	
	小腸機能障害	中心静脈栄養法など
	肝臓機能障害	肝臓移植術・肝臓移植後の抗免疫療法
免疫機能障害	抗HIV療法・免疫調整療法	
訪問看護	腹膜透析の管理・指導、中心静脈栄養の管理・指導、ストマの装着状況の指導など	



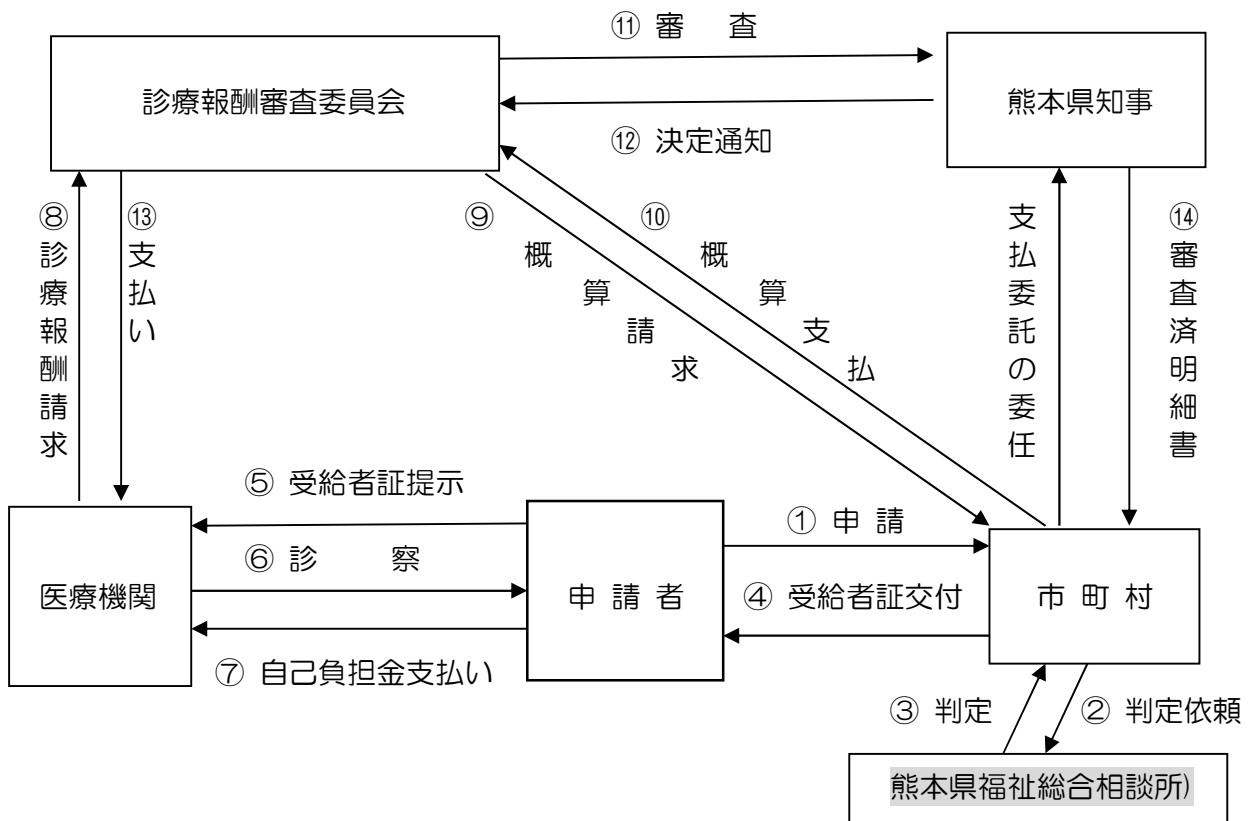
左の表はあくまで参考です。医療等の例に該当するからといって、必ずしも更生医療の対象になるわけではありません。障がいとの関連性や個々の状況に応じて給付の対象になるかどうか、専門医が判定し、給付の可否が決まります。また、医療内容は同じであっても個々のケースにより更生医療の対象となるかどうか異なるため、適応の可否について事前の回答はできません。



4) 支給対象となる更生医療の内容



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)



自立支援医療の患者負担の基本的な枠組み

- ① 患者の負担が過大なものにならないよう、所得に応じて1月当たりの負担上限額を設定。(月額総医療費の1割がこれに満たない場合は1割)
- ② 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)者、育成医療の中間所得層については、更に軽減措置を実施。

【自己負担上限月額】

所得区分(医療保険の世帯単位)		更生医療・精神通院医療	育成医療	重度かつ継続
一定所得以上	市町村民税 235,000円以上(年収約833万円以上)	対象外	対象外	20,000円
中間所得2	市町村民税 33,000円以上235,000円未満(年収:約400~833万円未満)	総医療費の1割又は高額療養費(医療保険)の自己負担限度額	10,000円	10,000円
中間所得1	市町村民税 33,000円未満(年収約290~400万円未満)		5,000円	5,000円
低所得2	市町村民税非課税(低所得1を除く)	5,000円		
低所得1	市町村民税非課税(本人又は障害児の保護者の年収80万円以下)	2,500円		
生活保護	生活保護世帯	0円		

* 年収については、夫婦+障害者である子の3人世帯の粗い試算

【月額医療費の負担イメージ】 * 医療保険加入者(生活保護世帯を除く)

医療保険(7割)	自立支援医療費 (月額医療費-医療保険-患者負担)	患者負担 (1割又は負担上限額)
----------	------------------------------	---------------------

「重度かつ継続」の範囲

- 疾病、症状等から対象となる者
 - [更生・育成] 腎臓機能・小腸機能・免疫機能・心臓機能障害(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
 - [精神通院] ① 統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害(依存症等)の者
 - ② 精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者
- 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
 - [更生・育成・精神通院] 医療保険の多数回該当の者

負担上限月額の経過的特例措置 ※上記の太枠部分

育成医療の中間所得1, 2及び「重度かつ継続」の一定所得以上の負担上限月額については、令和6年3月31日までの経過的特例措置

自立支援医療等における利用者負担区分 の見直しについて

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課
障害福祉課
こども家庭庁支援局障害児支援課

自立支援医療等における利用者負担区分の見直し

- 自立支援医療等※1においては、所得に応じて1か月当たりの利用者負担の上限額を設定しており、そのうち市町村民税非課税世帯においては、制度設計時の障害基礎年金2級の支給額（平成16年当時の支給額約795,000円/年）相当として年収80万円以下を区分（低所得1）として設定した。
- 障害基礎年金等の額については、国民年金法に基づき、前年の物価スライド等を踏まえ、毎年改定が行われている。
- 令和6年度の年金額改定を踏まえ、令和7年7月から基準を見直し、年収80.9万円以下※2を区分として設定している。

- 令和7年の障害基礎年金2級の支給額が約826,500円/年※3となり、80万9千円を超えたことから、低所得1の所得区分の基準である年収80万9千円以下を見直し、**障害基礎年金2級を受給する低所得1の者の自己負担額が変わらないよう措置することとし、所得区分認定において令和7年の年収を用いる令和8年7月から施行する。**
(令和8年7-12月に自立支援医療等があった場合、**年収約826,500円以下**を基準として用いる※4)

(参考) 現行の市町村民税非課税世帯における所得区分と自己負担上限額

	所得区分（医療保険の世帯単位）	自立支援医療の 自己負担上限月額	療養介護医療等※5の 自己負担上限月額
低所得2	市町村民税非課税 (低所得1を除く)	5,000円	24,600円
低所得1	市町村民税非課税 (本人又は障害児の保護者の年収80万9千円以下)	2,500円	15,000円

※1 障害者総合支援法で定める自立支援医療及び療養介護医療並びに児童福祉法に定める肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療
 ※2 自立支援医療等のあった月が1-6月の場合は前々年、7-12月の場合は前年の公的年金等の収入金額、合計所得金額等の合計額が80万9千円以下
 ※3 令和7年1-4月は令和6年度の年金額、5-12月は令和7年度の年金額で支給された額を合計した額
 ※4 令和9年以降は前年（自立支援医療等のあった月が1-6月の場合は前々年）に支給された年金額を※3と同様に計算した額を基準として用いる
 ※5 療養介護医療、肢体不自由児通所医療、障害児入所医療

○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第三十五条第一号の支給認定に係る自立支援医療について費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として厚生労働大臣が定めるもの

(平成十八年三月二十八日)

(厚生労働省告示第百五十八号)

障害者自立支援法施行令(平成十八年政令第十号)第三十五条第一項第一号の規定に基づき、障害者自立支援法施行令第三十五条第一項第一号の支給認定に係る自立支援医療について費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として厚生労働大臣が定めるものを次のように定め、平成十八年四月一日から適用する。

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令第三十五条第一号の支給認定に係る自立支援医療について費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として厚生労働大臣が定めるもの

(平二四厚劳告二〇五・平二五厚劳告六・改称)

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。以下「令」という。)第三十五条第一号の支給認定に係る自立支援医療について費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者として厚生労働大臣が定めるものは、次の各号に掲げる者とする。

- 一 指定自立支援医療(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(平成十七年法律第百二十三号。以下「法」という。)第五十八条第一項に規定する指定自立支援医療をいう。以下同じ。)のあった月に、支給認定(法第五十二条第一項に規定する支給認定をいう。)に係る障害者又は障害児及び支給認定基準世帯員(令第二十九条第一項に規定する支給認定基準世帯員をいう。)に対し、指定自立支援医療のあった月以前の十二月以内に高額療養費多数回該当の場合(健康保険法施行令(大正十五年勅令第二百四十三号)、船員保険法施行令(昭和二十八年政令第二百四十号)、国家公務員共済組合法施行令(昭和三十三年政令第二百七号)、国民健康保険法施行令(昭和三十三年政令第三百六十二号)、地方公務員等共済組合法施行令(昭和三十七年政令第三百五十二号)又は高齢者の医療の確保に関する法律施行令(平成十九年政令第三百十八号)の規定(他の法令によって準用する場合を含む。)による高額療養費多数回該当の場合をいう。)に該当すべき者

二 自立支援医療の種類ごとに次の表に掲げる者

<p>育成医療(令第一条第一号に規定する育成医療をいう。)及び更生医療(同条第二号に規定する更生医療をいう。)</p>	<p>心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る。)、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る。)又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害を有する者</p>
<p>精神通院医療(令第一条第三号に規定する精神通院医療をいう。)</p>	<p>疾病及び関連保健問題の国際統計分類(世界保健機関が世界保健機関憲章(昭和二十六年条約第一号)第二条(s)及び(t)に基づき作成する分類をいう。)の第五章中F0、F1、F2若しくはF3に分類される者若しくは第六章中G40に分類される者又は三年以上の精神医療の経験を有する医師により、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態を示すことから入院によらない計画的かつ集中的な精神医療(状態の維持、悪化予防のための医療を含む。)を継続的に要すると判断された者</p>

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 (平成二一年三月三十一日厚生労働省告示第二三二号) 抄
平成二十一年四月一日から適用する。

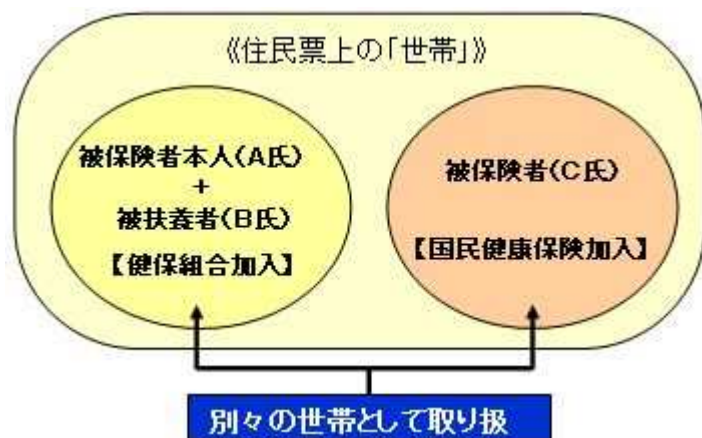
改正文 (平成二二年一月一四日厚生労働省告示第一号) 抄
平成二十二年四月一日から適用する。

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。

自立支援医療（更生医療）における「世帯」について

基本形＝医療保険単位による「世帯」

- 「世帯」の単位については、住民票上の世帯の如何にかかわらず、同じ医療保険に加入している家族によって範囲を設定する。
- 医療保険の加入関係が異なる場合には、税制における取扱いに関係なく、別の「世帯」として取り扱う。



<左図の例>

- 健康保険に加入するA氏とB氏からなる「世帯」と、国民健康保険に加入するC氏からなる「世帯」に2分される。
- 税制上はC氏がB氏を扶養親族としている場合であっても、医療保険の加入関係が異なるので、C氏とB氏は別の「世帯」。

選択肢

同じ「世帯」内の誰もが、税制上も医療保険上も障害者本人を扶養しないこととした場合には、障害者本人とその配偶者の所得によって判断することを選択可能

障害福祉サービスの負担上限月額が 15,000 円となる者及び自立支援医療の
負担上限月額が 2,500 円となる者に係る収入 80 万円の確認範囲について

平成 18 年 2 月 10 日
厚生労働省障害保健福祉部精神保健福祉課

障害福祉サービスの負担上限月額が 15,000 円となる者（障害者総合支援法施行令第 17 条第 1 項第 3 号）及び自立支援医療の負担上限月額が 2,500 円となる者（同施行令第 35 条第 1 項第 4 号）を判定する際の収入については、以下の収入の合計額が 80 万円以下となる場合ですので、よろしく願いいたします。

法令上の規定（障害者総合支援法施行令第 17 条第 1 項第 3 号、第 35 条第 1 項第 4 号）

- ① 地方税法第 292 条第 1 項第 13 号に規定する合計所得金額
- ② 所得税法第 35 条第 2 項第 1 号に規定する公的年金等の収入金額
- ③ その他厚生労働省令で定める給付

- ① 合計所得金額（地方税法第 292 条第 1 項第 13 号、第 313 条第 1 項及び第 2 項、所得税法第 22 条）
 - ・ 総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額の合計額
- ② 公的年金等の収入金額（所得税法第 35 条第 3 項、所得税法施行令第 82 条の 2）
 - ・ 国民年金法、厚生年金保険法、各共済組合法、独立行政法人農業者年金基金法などの規定による年金（非課税となっている遺族年金、障害年金等は厚生労働省令で定める給付として別に規定）
 - ・ 一時恩給以外の恩給（所得税法第 9 条で非課税とされている遺族恩給等は除く）
 - ・ 過去の勤務により会社などから支払われる年金
 - ・ 適格退職年金契約による年金など
- ③ 厚生労働省令で定める給付（表現は実際の省令とは異なります）
 - ・ 国民年金法に基づく障害基礎年金、遺族基礎年金及び寡婦年金並びに国民年金法等の一部を改正する法律（昭和 60 年法律第 34 号）第 1 条の規定による改正前の国民年金法に基づく障害年金
 - ・ 厚生年金保険法に基づく障害厚生年金、障害手当金及び遺族厚生年金並びに改正前の厚生年金保険法に基づく障害年金
 - ・ 船員保険法に基づく障害年金及び障害手当金並びに改正前の船員保険法に基づく障害年金

- ・ 国家公務員共済組合法に基づく障害共済年金、障害共済一時金及び遺族共済年金並びに国家公務員等共済組合法等の一部を改正する法律（昭和 60 年法律第 105 号）第 1 条の規定による改正前の国家公務員等共済組合法に基づく障害年金
- ・ 地方公務員等共済組合法に基づく障害共済年金、障害共済一時金及び遺族共済年金並びに地方公務員等共済組合法等の一部を改正する法律（昭和 60 年法律第 108 号）第 1 条の規定による改正前の地方公務員等共済組合法に基づく障害年金
- ・ 私立学校教職員共済法に基づく障害共済年金、障害共済一時金及び遺族共済年金並びに私立学校教職員共済組合法等の一部を改正する法律（昭和 60 年法律第 106 号）第 1 条の規定による改正前の私立学校教職員共済組合法に基づく障害年金
- ・ 厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律（平成 13 年法律第 101 号）附則第 16 条第 4 項に規定する移行農林共済年金のうち障害共済年金、同条第 6 項に規定する移行農林年金のうち障害年金及び同法附則第 25 条第 4 項各号に掲げる特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの
- ・ 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律に基づく特別障害給付金
- ・ 労働者災害補償保険法に基づく障害補償給付及び障害給付
- ・ 国家公務員災害補償法（他の法律において準用する場合を含む。）に基づく障害補償
- ・ 地方公務員災害補償法に基づく障害補償及び同法に基づく条例の規定に基づく補償で障害を支給事由とするもの
- ・ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく特別児童扶養手当、特別障害児福祉手当及び特別障害者手当並びに法律第 34 号附則第 97 条第 1 項の規定による福祉手当

特定疾病併用者(マル長)に係る自立支援医療(更生医療)

費の支給審査事務マニュアル

(市町村用)

熊本県健康福祉部子ども・障がい福祉局

障がい者支援課

平成29年2月

平成26年10月、会計検査院から厚生労働省に対して、「自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定について」（平成26年10月17日26検第513号）により指摘があり、会計検査院法第34条の規定に基づき、是正改善の処置要求がなされました。熊本県においても、28の市町村において、特定疾病併用者の自立支援医療費について自立支援医療費の支給対象とならない医療保険の特定疾病制度による給付対象額が含まれており、自立支援医療費が過大に支払われている事例が見受けられました。

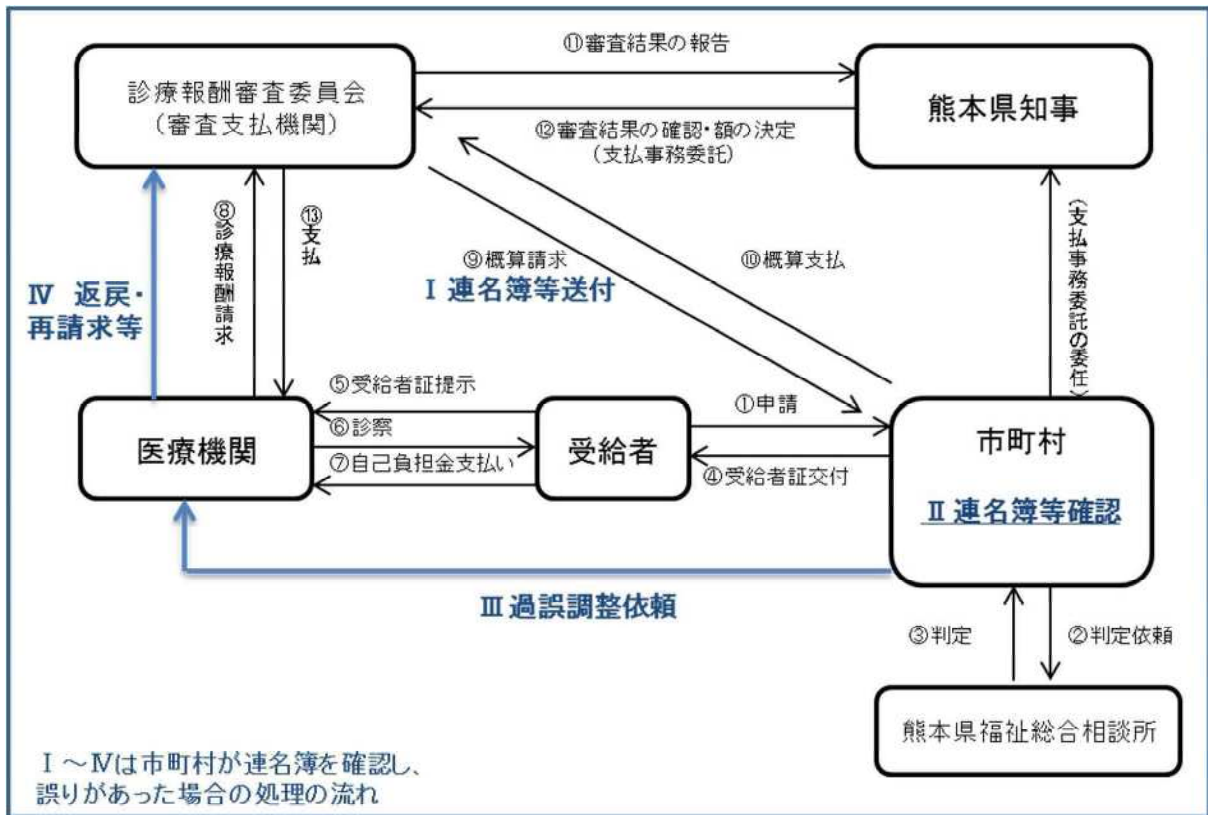
このような事態が生じているのは、指定医療機関において、制度の理解が十分ではないことから自立支援医療費の額を誤って請求していることが主な原因ですが、市町村においても、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の支給の制度、審査方法についての理解が十分ではなく、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査が不十分であったことも原因の一つであると思われまます。

また、審査支払機関（国民健康保険団体連合会等）においては、公費負担額及び自己負担額が適正か否かについての審査は行っていないため、市町村において、審査支払機関から提供される連名簿等を活用し、自立支援医療制度に則った適正な請求であるかどうかの確認を行うことが重要です。

このため、市町村における自立支援医療（更生医療）と特定疾病制度（マル長）の併用者に係る支給審査事務処理の注意点をまとめましたので、業務の参考資料として御活用ください。

1 給付手続き等の流れ

(図1) 申請から請求までの流れ



2 申請受付から受給者証交付までの確認事項

(1) 申請 (図1-①)

- ア 特定疾病療養受療証の有無の確認
- イ 特定疾病療養受療証の有効期間確認
- ウ 特定疾病療養に係る自己負担額減額の確認
- エ 特定疾病療養受療証の写しを徴取
 - ・ 所得・年齢により自己負担限度額が変動するため、申請の都度徴取
- オ 受給者台帳作成
 - ・ 記載内容
 - 受給者番号／氏名／特定疾病療養受療証の有無／特定疾病療養受療の自己負担限度額（1万円か2万円か）／交付日・有効期限等の情報
 - ・ 人工透析患者の特定疾病療養受療制度の対象者の抽出（※1）

(2) 受給者証交付 (図1-④)

- ア 受給者へ受診の度に受給者証、自己負担上限管理票（※2）、特定疾病療養受療証を医療機関（病院及び薬局）へ必ず提示するよう説明。
（※2は自己負担上限額が設定された場合に交付）

《参考1》

自立支援医療費の支給認定について(抜粋)

(平成18年3月3日障発0303002 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

別紙3 自立支援医療費(更生医療)支給認定実施要綱

第三 1 申請にあたっては、(中略) じん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(特別区にあたっては区長。以下同じ)に申請させること。

《参考2》

高額長期疾病(特定疾病)に係る高額療養費の特例について

1 対象疾病

対象となる特定疾病は、法令上、以下の要件が定められている。

- ① 費用が著しく高額な一定の治療として厚生労働大臣が定める治療を要すること、かつ、
- ② ①の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならないこと

この要件に基づき、現在、以下の3つの治療法と疾病が指定されている。

- ① 人工腎臓を実施する慢性腎不全
- ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害
- ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(※)

※血液製剤の投与に起因するHIV感染者、2次・3次感染者等に限る。

2 自己負担額

自己負担限度額は月額1万円(※)。限度額を超える分は高額療養費が現物給付で支給される。

※ 慢性腎不全のうち70歳未満の上位所得者については2万円

3 診療報酬支払時の確認方法

(1) 連名簿等における確認 (図 1-Ⅱ)

ア (※1) で抽出したリストと連名簿の受給者番号を突合し、特定疾病併用者に係る請求を特定する。

(表 1 特に特定疾病制度の併用者に関して連名簿等の審査を行う事項)

事項	審査内容	審査方法
資格	自立支援医療の認定機関において、特定疾病療養受療証は有効かどうか。	自立支援医療の認定期間と特定疾病療養受療証の有効期間とを突合する。
公費負担額	1 請求あたり公費負担額等計 (患者負担額+公費負担額) ≤1 万円 (上位所得者は2万円。以下同様。) となっているか。	受療証の自己負担限度額 (1 万円または2万円) と個々の請求ごとの「患者負担額+公費負担額」とを突合する。
	公費負担額等計 (患者負担額+公費負担額) が1 万円を下回る場合は①医療保険の被保険者負担割合又は②医療費の1割に相当する額となっているか。	「患者負担額+公費負担額」と①受給者の加入保険、年齢、所得等に基づく被保険者負担割合から算定される額または②総医療費の1割に相当する額とを突合する。

イ 支払基金の連名簿について「特記」欄が「02」または「16」となっているかを確認。(国保、後期には「特記」欄はない。)

「02」、「16」であれば、特定疾病併用者として請求されており、「00」の場合は特定疾病療養受療の対象ではないものとして請求されているため、決定金額が誤っている可能性が高い。

ウ 診療月が特定疾病療養受療証の有効期限内となっているかを確認。

エ 特定疾病療養受療の自己負担額が変更になっている者については、特に変更後の診療月分の請求額が、変更後の自己負担限度額により請求されているかを確認。

(2) 審査方法（レセプト単位での確認）の参考例

(図 2)

連名簿											
法別 府県 実施期間 (15) (43) (****) 御中 平成 年 月 日分 43 社会保険診療報酬支払基金											
	受給者 番号	入 ・ 外	特記	摘要	日数 (回数)	決定点数 (基準額)	一部負担金 (患者負担金)	決定金額	請求者		
									府県	点数表	医療機関 コード
A	1111	2	00	0	14	38256	5000	76256		1	****
B	1111	2	00	0	3	4579		13737		4	****
C	2222	2	02	0	13	38660	5000	5000		1	****
D	2222	2	00	0	5	5833		17499		4	****

②「特記」コードに誤りがないか。
00：該当なし
02：特定疾病 (長2)
16：特定疾病 (長2)

①1万円(2万円)以下であるか。
一部負担金+決定金額 ≤ 10,000円(20,000円)

点数表
1：医科
4：調剤

【受給者番号 1111】（更生医療上限額 5,000 円、特定疾病療養の上限額 10,000 円）

A 誤り

正しくは、①「決定金額」欄が 5,000 円。

②「特記」欄が 02

B 誤り

正しくは、①「決定金額」欄が 10,000 円

②「特記」欄が 02

【受給者番号 2222】（更生医療上限額 5,000 円、特定疾病療養の上限額 10,000 円）

C 正しい

①一部負担金+決定金額 ≤ 1万円となっている。

②「特記」欄が 02

D 誤り

正しくは、①「決定金額」欄が 10,000 円

②「特記」欄が 02

注) 本参考例は、人工透析患者における社会保険診療報酬支払基金（支部）の連名簿を例としたものであるため、その他の連名簿等については、本例を参考として審査を行ってください。

4 連名簿に誤りがあった時の対応（図 1-Ⅲ、Ⅳ）

月	市町村担当課	医療機関（病院及び薬局）
n月	① 医療機関に連絡をし、請求関係の確認を行う。 ・レセプトにマル長等の記載が漏れていないか。 ・医療機関における受付時に <u>受給者証、自己負担上限管理票、特定疾病療養受療証の確認を必ず行うよう指導</u> 。 ⑤ 過誤調整を行う審査月を把握し、管理簿に入力。	② 請求関係の確認 ③ 診療報酬審査委員会（社保・国保等）に過誤調整手続き依頼。 ④ 返戻処理
n月+1月	① 返戻処理が行われているか連名簿により確認。	② 返戻処理完了後、再請求の手続きを行う。
n月+2月	① 連名簿等により再請求が行われているか確認。	

5 公費負担の具体例

【ケース1】

医療保険の負担割	7割
自立支援医療（以下、「更生」）自己負担限度額	2,500円
特定疾病療養（以下、「マル長」）自己負担限度額	10,000円

(1) 医科のみを利用した場合

ア 総医療費（全額更生医療対象）が 100,000 円の場合

①医科：総医療費		100,000円	
②医療保険	③自己負担3割		30,000円
7割負担	⑤マル長 高額療養費医 療保険へ請求	④(マル長自己負担限度額 10,000円)	
		10,000円	
70,000円	20,000円	⑦更生医 療公費負 担額	⑥更生自己負担額
		7,500円	(限度額 2,500円) (医療費1割 10,000円) (既負担額 0円) 2,500円

自己負担3割とマル長の限度額を比較して、低い方を入力

(限度額 円)、(医療費1割 円)、(既負担 円)をそれぞれ入力し、「限度額」から「既負担額」を引いたものと、「医療費1割」を比較して、小さい方を入力

①～⑦は入力する順番

医科 ■保険者負担 90,000円 ■公費負担 7,500円 ■自己負担 2,500円

イ 総医療費（全額更生医療対象）が 10,000 円の場合

医科：総医療費		10,000円	
医療保険	自己負担3割		3,000円
7割負担	マル長 高額療養費医 療保険へ請求	(マル長自己負担限度額 10,000円)	
		3,000円	
7,000円	0円	更生医療 公費負担	更生自己負担額
		2,000円	(限度額 2,500円) (医療費1割 1,000円) (既負担額 0円) 1,000円

自己負担3割とマル長の限度額を比較して、低い方を入力

(限度額 円)、(医療費1割 円)、(既負担 円)をそれぞれ入力し、「限度額」から「既負担額」を引いたものと、「医療費1割」を比較して、小さい方を入力

医科 ■保険者負担 7,000円 ■公費負担 2,000円 ■自己負担 1,000円

(2) 医科及び薬局を利用した場合

ア 医科：総医療費 100,000 円、薬局：40,000 円の場合（※医科、薬局ともに全額更生医療対象）

医科：総医療費 100,000 円				薬局：総医療費 40,000 円			
医療保険	自己負担3割 30,000 円			医療保険	自己負担3割 12,000 円		
7割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)		7割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	10,000 円			高額療	10,000 円	
	養費医	更生公費	更生自己負担額		養費医	更生公費	更生自己負担額
	療保険	負担額	(限度額 2,500 円)		療保険	負担額	(限度額 2,500 円)
へ請求		(医療費1割 10,000 円)	へ請求		(医療費1割 4,000 円)		
		(既負担 0 円)			(既負担 2,500 円)		
70,000 円	20,000 円	7,500 円	2,500 円	28,000 円	2,000 円	10,000 円	0 円

(限度額 円)、(医療費1割 円)、(既負担 円)をそれぞれ入力し、「限度額」から「既負担額」を引いたものと、「医療費1割」を比較して、小さい方を入力

医科 ■保険者負担 70,000 円 ■公費負担 7,500 円 ■自己負担 2,500 円
 薬局 ■保険者負担 30,000 円 ■公費負担 10,000 円 ■自己負担 0 円

イ 医科：総医療費 10,000 円、薬局：4,000 円の場合（※医科、薬局ともに全額更生医療対象）

医科：総医療費 10,000 円				薬局：総医療費 4,000 円			
医療保険	自己負担3割 3,000 円			医療保険	自己負担3割 1,200 円		
7割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)		7割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	3,000 円			高額療	1,200 円	
	養費医	更生公費	更生自己負担額		養費医	更生公費	更生自己負担額
	療保険	負担額	(限度額 2,500 円)		療保険	負担額	(限度額 2,500 円)
へ請求		(医療費1割 1,000 円)	へ請求		(医療費1割 400 円)		
		(既負担 0 円)			(既負担 1,000 円)		
7,000 円	0 円	2,000 円	1,000 円	2,800 円	0 円	800 円	400 円

医科 ■保険者負担 7,000 円 ■公費負担 2,000 円 ■自己負担 1,000 円
 薬局 ■保険者負担 2,800 円 ■公費負担 800 円 ■自己負担 400 円

【ケース2】

医療保険の負担割	7割
自立支援医療（以下、「更生」）自己負担限度額	10,000円
特定疾病療養（以下、「マル長」）自己負担限度額	10,000円

(1) 医科のみを利用した場合

ア 総医療費（全額更生医療対象）が100,000円の場合

医科：総医療費 100,000円			
医療保険 7割負担	自己負担3割	30,000円	
	マル長 高額療養費医 療保険へ請求	(マル長自己負担限度額 10,000円)	
		10,000円	
	更生公費 負担額	更生自己負担額 (限度額 10,000円) (医療費1割 10,000円) (既負担 0円)	10,000円
70,000円	20,000円	0円	

医科 ■保険者負担 90,000円 ■公費負担 0円 ■自己負担 10,000円

イ 総医療費（全額更生医療対象）が10,000円の場合

医科：総医療費 10,000円			
医療保険 7割負担	自己負担3割	3,000円	
	マル長 高額療養費医 療保険へ請求	(マル長自己負担限度額 10,000円)	
		3,000円	
	更生医療 公費負担	更生自己負担額 (限度額 10,000円) (医療費1割 1,000円) (既負担額 0円)	1,000円
7,000円	0円	2,000円	

医科 ■保険者負担 7,000円 ■公費負担 2,000円 ■自己負担 1,000円

(2) 医科及び薬局を利用した場合

ア 医科：総医療費 100,000 円、薬局：40,000 円の場合（※医科、薬局ともに全額更生医療対象）

医科：総医療費 100,000 円			
医療保険	自己負担 3 割 30,000 円		
7 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	10,000 円	
養費医療保険へ請求	更生公費負担額	更生自己負担額	(限度額 10,000 円)
			(医療費 1 割 10,000 円)
			(既負担 0 円)
70,000 円	20,000 円	0 円	10,000 円

薬局：総医療費 40,000 円			
医療保険	自己負担 3 割 12,000 円		
7 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	10,000 円	
養費医療保険へ請求	更生公費負担額	更生自己負担額	(限度額 10,000 円)
			(医療費 1 割 4,000 円)
			(既負担 10,000 円)
28,000 円	2,000 円	10,000 円	0 円

医科 ■保険者負担 90,000 円 ■公費負担 0 円 ■自己負担 10,000 円
 薬局 ■保険者負担 30,000 円 ■公費負担 10,000 円 ■自己負担 0 円

イ 医科：総医療費 10,000 円、薬局：4,000 円の場合（※医科、薬局ともに全額更生医療対象）

医科：総医療費 10,000 円			
医療保険	自己負担 3 割 3,000 円		
7 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	3,000 円	
養費医療保険へ請求	更生公費負担額	更生自己負担額	(限度額 10,000 円)
			(医療費 1 割 1,000 円)
			(既負担 0 円)
7,000 円	0 円	2,000 円	1,000 円

薬局：総医療費 4,000 円			
医療保険	自己負担 3 割 1,200 円		
7 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	1,200 円	
養費医療保険へ請求	更生公費負担額	更生自己負担額	(限度額 10,000 円)
			(医療費 1 割 400 円)
			(既負担 1,000 円)
2,800 円	0 円	800 円	400 円

医科 ■保険者負担 7,000 円 ■公費負担 2,000 円 ■自己負担 1,000 円
 薬局 ■保険者負担 2,800 円 ■公費負担 800 円 ■自己負担 400 円

【ケース3】

医療保険の負担割	7割
自立支援医療（以下、「更生」）自己負担限度額	20,000円
特定疾病療養（以下、「マル長」）自己負担限度額	10,000円

(1) 医科のみを利用した場合

ア 総医療費（全額更生医療対象）が100,000円の場合

医科：総医療費 100,000円			
医療保険	自己負担3割	30,000円	
7割負担	マル長 高額療養費医 療保険へ請求	(マル長自己負担限度額 10,000円)	
		10,000円	
		更生公費 負担額	更生自己負担額 (限度額 20,000円) (医療費1割 10,000円) (既負担 0円)
70,000円	20,000円	0円	10,000円

医科 ■保険者負担 90,000円 ■公費負担 0円 ■自己負担 10,000円

イ 総医療費（全額更生医療対象） 10,000円の場合

医科：総医療費 10,000円			
医療保険	自己負担3割	3,000円	
7割負担	マル長 高額療養費医 療保険へ請求	(マル長自己負担限度額 10,000円)	
		3,000円	
		更生医療 公費負担	更生自己負担額 (限度額 20,000円) (医療費1割 1,000円) (既負担額 0円)
7,000円	0円	2,000円	1,000円

医科 ■保険者負担 7,000円 ■公費負担 2,000円 ■自己負担 1,000円

(2) 医科及び薬局を利用した場合

ア 医科：総医療費 100,000 円、薬局：40,000 円の場合（※医科、薬局ともに全額更生医療対象）

医科：総医療費 100,000 円			
医療保険	自己負担 3 割 30,000 円		
7 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療養費	10,000 円	
養費医療保険へ請求	更生公費負担額	更生自己負担額	
		(限度額 20,000 円)	
		(医療費 1 割 10,000 円)	
		(既負担 0 円)	
70,000 円	20,000 円	0 円	10,000 円

薬局：総医療費 40,000 円			
医療保険	自己負担 3 割 12,000 円		
7 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療養費	10,000 円	
養費医療保険へ請求	更生公費負担額	更生自己負担額	
		(限度額 20,000 円)	
		(医療費 1 割 4,000 円)	
		(既負担 10,000 円)	
28,000 円	2,000 円	6,000 円	4,000 円

医科 ■保険者負担 90,000 円 ■公費負担 0 円 ■自己負担 10,000 円
 薬局 ■保険者負担 30,000 円 ■公費負担 6,000 円 ■自己負担 4,000 円

イ 医科：総医療費 10,000 円、薬局：4,000 円の場合（※医科、薬局ともに全額更生医療対象）

医科：総医療費 10,000 円			
医療保険	自己負担 3 割 3,000 円		
7 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療養費	3,000 円	
養費医療保険へ請求	更生公費負担額	更生自己負担額	
		(限度額 20,000 円)	
		(医療費 1 割 1,000 円)	
		(既負担 0 円)	
7,000 円	円	2,000 円	1,000 円

薬局：総医療費 4,000 円			
医療保険	自己負担 3 割 1,200 円		
7 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療養費	1,200 円	
養費医療保険へ請求	更生公費負担額	更生自己負担額	
		(限度額 20,000 円)	
		(医療費 1 割 400 円)	
		(既負担 1,000 円)	
2,800 円	0 円	800 円	400 円

医科 ■保険者負担 7,000 円 ■公費負担 2,000 円 ■自己負担 1,000 円
 薬局 ■保険者負担 2,800 円 ■公費負担 800 円 ■自己負担 400 円

【ケース4】

医療保険の負担割	9割
自立支援医療（以下、「更生」）自己負担限度額	2,500円
特定疾病療養（以下、「マル長」）自己負担限度額	10,000円

(1) 医科のみを利用した場合

ア 総医療費（全額更生医療対象）が100,000円の場合

医科：総医療費 100,000円			
医療保険	自己負担1割	10,000円	
9割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000円)	
	高額療養費医療保険へ請求	10,000円	
		更生公費負担額	更生自己負担額
			(限度額 2,500円)
			(医療費1割 10,000円)
			(既負担 0円)
90,000円	0円	7,500円	2,500円

医科 ■保険者負担 90,000円 ■公費負担 7,500円 ■自己負担 2,500円

イ 総医療費（全額更生医療対象） 10,000円の場合

医科：総医療費 10,000円			
医療保険	自己負担1割	1,000円	
9割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000円)	
	高額療養費医療保険へ請求	1,000円	
		更生公費負担額	更生自己負担額
			(限度額 2,500円)
			(医療費1割 1,000円)
			(既負担 0円)
9,000円	0円	0円	1,000円

医科 ■保険者負担 9,000円 ■公費負担 0円 ■自己負担 1,000円

(2) 医科及び薬局を利用した場合

ア 医科：総医療費 100,000 円、薬局：40,000 円の場合（※医科、薬局ともに全額更生医療対象）

医科：総医療費 100,000 円			
医療保険	自己負担 1 割 10,000 円		
9 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	10,000 円	
	養費医	更生公費	更生自己負担額
	療保険	負担額	(限度額 2,500 円)
へ請求		(医療費 1 割 10,000 円)	
		(既負担 0 円)	
90,000 円	0 円	7,500 円	2,500 円

薬局：総医療費 40,000 円			
医療保険	自己負担 1 割 4,000 円		
9 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	4,000 円	
	養費医	更生公費	更生自己負担額
	療保険	負担額	(限度額 2,500 円)
へ請求		(医療費 1 割 4,000 円)	
		(既負担 2,500 円)	
36,000 円	0 円	4,000 円	0 円

医科 ■保険者負担 90,000 円 ■公費負担 7,500 円 ■自己負担 2,500 円
 薬局 ■保険者負担 36,000 円 ■公費負担 4,000 円 ■自己負担 0 円

イ 医科：総医療費 10,000 円、薬局：4,000 円の場合（※医科、薬局ともに全額更生医療対象）

医科：総医療費 10,000 円			
医療保険	自己負担 1 割 1,000 円		
9 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	1,000 円	
	養費医	更生公費	更生自己負担額
	療保険	負担額	(限度額 2,500 円)
へ請求		(医療費 1 割 10,000 円)	
		(既負担 0 円)	
9,000 円	0 円	0 円	1,000 円

薬局：総医療費 4,000 円			
医療保険	自己負担 1 割 400 円		
9 割負担	マル長	(マル長自己負担限度額 10,000 円)	
	高額療	400 円	
	養費医	更生公費	更生自己負担額
	療保険	負担額	(限度額 2,500 円)
へ請求		(医療費 1 割 400 円)	
		(既負担 1,000 円)	
3,600 円	0 円	0 円	400 円

医科 ■保険者負担 9,000 円 ■公費負担 0 円 ■自己負担 1,000 円
 薬局 ■保険者負担 3,600 円 ■公費負担 0 円 ■自己負担 400 円

【参考通知】

- 自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定に関する会計検査院の是正改善の処置要求への対応について

(平成 27 年 4 月 24 日障精発 0424 第 1 号 厚生労働省通知社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知)

- 医療保険の特定疾病療養受療と自立支援医療を併用する者の自己負担について
(平成 18 年 6 月 13 日障精発第 613001 号)

- 自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

(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)

障精発0424第1号
平成27年4月24日

各

都道府県
指定都市
中核市

 障害保健福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長
(公 印 省 略)

自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定に関する会計検査院の是正改善の処置要求への対応について

この度、会計検査院から厚生労働省に対して、「自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定について」(平成26年10月17日26検第513号)のとおり指摘があり、会計検査院法第34条の規定に基づき是正改善の処置要求がなされているところである。

実施主体においては、別紙を参照の上、制度の運用に当たり十分な確認体制の構築をお願いしたい。

また、各都道府県におかれては、当該通知の内容について、管内の実施主体に対する周知をお願いするとともに、実施主体向けの定期的な研修会を開催する等、再発防止に向けた取組を積極的に実施するようお願いしたい。

さらに、指定自立支援医療機関に対しては、自立支援医療と医療保険の特定疾病療養受療の併用者に対する請求事務が適正なものとなるよう留意する旨、周知するとともに、貴管内の医師会及び薬剤師会等の関係機関に対しても、併せて周知方につき配慮されたい。

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。

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
TEL : 03-5253-1111 (内 3057)
E-mail:jiritsuiryu@mhlw.go.jp

別紙

1 自立支援医療制度の内容について

自立支援医療制度は医療保険優先の仕組みであり、医療保険適用後の自己負担を軽減する制度のため、まずは、医療保険における特定疾病療養受療の制度を適用し、加えて、自立支援医療による自己負担限度額が1万円^(注)より低い場合に、更に自己負担の軽減を図るものである。そのため、自立支援医療による公費負担は、1万円と自立支援医療による自己負担限度額の差となる。

なお、具体的な自立支援医療の自己負担上限額ごとのケースについては、別添「医療保険の特定疾病療養受療と自立支援医療を併用する者の自己負担について」（平成18年6月13日障精発第0613001号）の別添1及び2を参照のこと。

(注) 高額療養費制度の特例により自己負担限度額が1万円とされている（標準報酬月額等が所定額以上の被保険者で70歳未満の者については2万円）。

2. 実施主体における自立支援医療と特定疾病療養受療の併用者にかかる確認について

(1) 確認の必要性について

「1」に記載のとおり、自立支援医療制度は医療保険が優先される仕組みであり、特定疾病療養受療の併用者に関し、自己負担額及び公費負担額を適正に算定する必要がある。

こうした中で、審査支払機関においては、公費負担額及び自己負担額が適正か否かについての審査は行っていない。そのため、実施主体においては、審査支払機関から提供される連名簿等を活用し、自立支援医療制度に則った適正な請求であるかの確認を必ず行うこと。

(2) 申請受付時等における確認について

「自立支援医療費の支給認定について」（平成18年3月3日障発第0303002号）の「別紙2の第3の1」等により、「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」としており、また、「自立支援医療費受給者証に特定疾病療養受療証の有無を記載すること」としている。実施主体においては、これを踏まえ、申請受付時に特定疾病療養の対象者かどうかを確認することが重要である。

(3) 具体的な確認事項について

別途事務連絡により、お知らせするので参考にすること。

3 今後の対応について

今回の指摘事項を踏まえ、各都道府県においては、自立支援医療に係る連絡会議等の場を活用するなど、実施主体や指定自立支援医療機関等に対し、改めて制度の内容等について周知を行うほか、定期的な研修会の開催や事務処理マニュアルの配布及び随時の更新等により、恒常的に制度の周知徹底を図るなど、より適切な対応が図られるよう、地域の実情に応じた積極的な取組を図られたい。

(別添)

障 精 発 第 0613001 号
平 成 1 8 年 6 月 1 3 日

(最終改正 障精発第0330第1号 平成24年3月30日)

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管部 (局) 長 殿
中 核 市

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長

医療保険の特定疾病療養受療と自立支援医療を併用する者の自己負担について

障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づく自立支援医療費については、自立支援医療に要した費用のうち支給認定障害者等の家計の負担能力、障害の状態その他の事情をしん酌した額を控除して得た額（当該しん酌した額が自立支援医療に要した費用の100分の10に相当する額を超える場合には、100分の10に相当する額）から、医療保険等から給付される額を差し引いた額（別添1参照）を指定自立支援医療機関に支払う制度となっているところである。

しかしながら、今般、自立支援医療制度と医療保険の高額療養費の併給関係について、指定自立支援医療機関における取扱いが不明瞭となっている事例が見受けられたため、下記事項に留意の上、関係機関へ周知するとともに、自立支援医療費の適正な給付方に配慮を願いたい。

記

1. 指定自立支援医療機関における自己負担の徴収について

自立支援医療の受給者から、自己負担として、受給者が負担すべき額を医療機関窓口において徴収することとしているところである。

このため、通院患者については、受給者が負担すべき負担限度額に達するまで、受診毎に当該受診に係る医療費の100分の10相当額を限度として徴収することとなる。

その結果、特定疾病療養受療の認定者（医療保険上の高額療養費の自己負担限度額は、1診療報酬明細書あたり1万円）に対しての自己負担については、①1月あたりの負担額、②当該月の自立支援医療に係る医療費の100分の10相当額の合計額、③高額療養費の自己負担限度額（1万円）のいずれか一番低い額が徴収額となる。具体的な例については別添2を参照すること。

2. 都道府県等における連名簿等の審査について

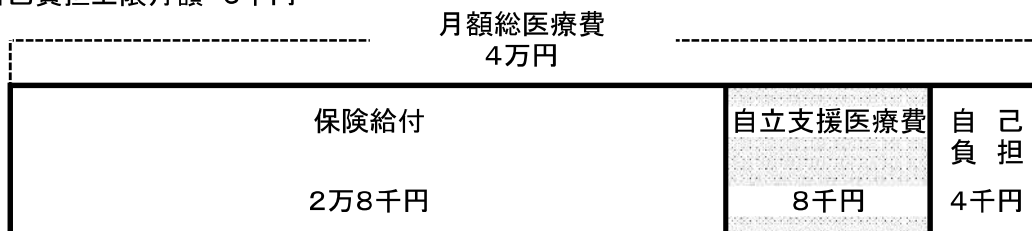
診療報酬の審査を委託している社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会においては、自己負担が適正に徴収されているかどうかの審査は行われなため、都道府県等における自立支援医療に係る診療報酬の額の決定に際しての連名簿等の確認により、1による取扱いを行っていない場合は、指定自立支援医療機関あてに返戻又は過誤調整を行うよう連絡する、又は、審査支払機関に過誤調整を依頼するなど、関係機関と連携しつつ、自立支援医療費の適正な給付を図ること。

別添1

自立支援医療費の給付額の算定例

ケース1

- ・健康保険 3割負担
- ・月額総医療費 4万円
- ・自己負担上限月額 5千円



障害者自立支援法第58条に基づく給付対象額

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費} \\ 40,000\text{円} \end{array} \times \begin{array}{r} \text{自立支援医療の給付率} \\ 90/100 \end{array} = 36,000\text{円} \dots A$$

障害者自立支援法第7条に基づき自立支援給付を行わない額(保険による給付額)

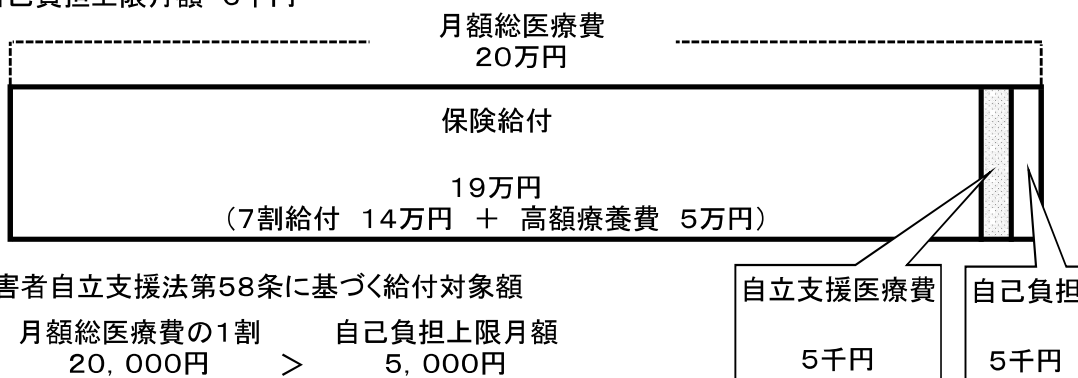
$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費} \\ 40,000\text{円} \end{array} \times \begin{array}{r} \text{保険の給付率} \\ 70/100 \end{array} = 28,000\text{円} \dots B$$

自立支援医療費として給付する額(A-B)

$$\begin{array}{r} A \\ 36,000\text{円} \end{array} - \begin{array}{r} B \\ 28,000\text{円} \end{array} = \underline{\underline{8,000\text{円}}}$$

ケース2

- ・特定疾病療養受療の認定者
- ・月額総医療費 20万円
- ・自己負担上限月額 5千円



障害者自立支援法第58条に基づく給付対象額

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費の1割} \\ 20,000\text{円} \end{array} > \begin{array}{r} \text{自己負担上限月額} \\ 5,000\text{円} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費} \\ 200,000\text{円} \end{array} - \begin{array}{r} \text{自己負担上限月額} \\ 5,000\text{円} \end{array} = 195,000\text{円} \dots A$$

障害者自立支援法第7条に基づき自立支援給付を行わない額(保険による給付額)

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費の3割} \\ 60,000\text{円} \end{array} > \begin{array}{r} \text{高額療養費の自己負担限度額} \\ 10,000\text{円} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費} \\ 200,000\text{円} \end{array} - \begin{array}{r} \text{高額療養費の自己負担限度額} \\ 10,000\text{円} \end{array} = 190,000\text{円} \dots B$$

自立支援医療費として給付する額(A-B)

$$\begin{array}{r} A \\ 195,000\text{円} \end{array} - \begin{array}{r} B \\ 190,000\text{円} \end{array} = \underline{\underline{5,000\text{円}}}$$

別添2

特定疾病療養受療の認定者からの自立支援医療の自己負担の徴収例

- 1 通院であって、院内処方かつ訪問看護を利用していない受給者
(月の当初から自立支援医療の認定を受けている方)

ケース1

A指定自立支援医療機関窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月 3日(月)	2,308点	2,310円	2,310円	2,310円	2,310円
4月 7日(金)	4,523点	190円	2,690円	4,520円	4,520円
4月11日(火)	2,308点	0円	0円	2,310円	2,310円
4月15日(土)	2,308点	0円	0円	860円	860円
4月19日(水)	4,523点	0円	0円	0円	0円
4月23日(日)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		2,500円	5,000円	10,000円	10,000円

ケース2

A指定自立支援医療機関窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月 3日(月)	4,523点	2,500円	4,520円	4,520円	4,520円
4月 7日(金)	2,608点	0円	480円	2,610円	2,610円
4月11日(火)	2,308点	0円	0円	2,310円	2,310円
4月15日(土)	4,523点	0円	0円	560円	560円
4月19日(水)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月23日(日)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	4,523点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		2,500円	5,000円	10,000円	10,000円

2 通院であって、院外処方かつ訪問看護を利用していない受給者
(月の当初から自立支援医療の認定を受けている方)

ケース1

A指定自立支援医療機関(病院・診療所)窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月 3日(月)	2,308点	2,310円	2,310円	2,310円	2,310円
4月 7日(金)	2,608点	190円	2,610円	2,610円	2,610円
4月11日(火)	2,379点	0円	0円	2,380円	2,380円
4月15日(土)	2,308点	0円	0円	480円	2,310円
4月19日(水)	2,608点	0円	0円	0円	390円
4月23日(日)	2,679点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		2,500円	4,920円	7,780円	10,000円

B指定自立支援医療機関(薬局)窓口での自己負担徴収額

調剤日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月7日(金)	2,215点	0円	80円	2,220円	2,220円
4月20日(木)	2,215点	0円	0円	0円	2,220円
4月分の自己負担徴収額計		0円	80円	2,220円	4,440円

ケース2

A指定自立支援医療機関(病院・診療所)窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月 3日(月)	2,379点	2,380円	2,380円	2,380円	2,380円
4月 7日(金)	2,608点	0円	400円	2,610円	2,610円
4月11日(火)	2,308点	0円	0円	2,310円	2,310円
4月15日(土)	2,379点	0円	0円	480円	2,380円
4月19日(水)	2,608点	0円	0円	0円	320円
4月23日(日)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,679点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		2,380円	2,780円	7,780円	10,000円

B指定自立支援医療機関(薬局)窓口での自己負担徴収額

調剤日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月 3日(月)	2,215点	120円	2,220円	2,220円	2,220円
4月15日(土)	2,215点	0円	0円	0円	2,220円
4月28日(金)	2,215点	0円	0円	0円	2,220円
4月分の自己負担徴収額計		120円	2,220円	2,220円	6,660円

注) 病院・診療所と薬局間での負担上限月額の管理については、受給者に交付されている自己負担上限額管理表により行うこと。

- 3 通院であって、手続きの関係により月の途中から自立支援医療の認定を受けている場合
 ケース1(院内処方かつ訪問看護を利用していない受給者であって、4月5日に承認を受けた場合)
 A指定自立支援医療機関窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月3日(月)	2,308点	6,920円	6,920円	6,920円	6,920円
4月7日(金)	4,523点	2,500円	3,080円	3,080円	3,080円
4月11日(火)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月15日(土)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月19日(水)	4,523点	0円	0円	0円	0円
4月23日(日)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		9,420円	10,000円	10,000円	10,000円

- ケース2(院外処方かつ訪問看護を利用していない受給者であって、4月5日に承認を受けた場合)
 A指定自立支援医療機関(病院・診療所)窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月3日(月)	2,379点	7,140円	7,140円	7,140円	7,140円
4月7日(金)	2,608点	2,500円	2,610円	2,610円	2,610円
4月11日(火)	2,308点	0円	250円	250円	250円
4月15日(土)	2,379点	0円	0円	0円	0円
4月19日(水)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月23日(日)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,679点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		9,640円	10,000円	10,000円	10,000円

B指定自立支援医療機関(薬局)窓口での自己負担徴収額

調剤日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月3日(火)	2,215点	6,650円	6,650円	6,650円	6,650円
4月15日(土)	2,215点	0円	2,140円	2,220円	2,220円
4月28日(金)	2,215点	0円	0円	1,130円	1,130円
4月分の自己負担徴収額計		6,650円	8,790円	10,000円	10,000円

注) 斜体文字 は、自立支援医療の対象とならない部分である。

別紙 3

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の設定を行った上で、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。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。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。

障精発0122第1号
令和8年1月22日

各

都道府県
指定都市
中核市

 障害保健福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長
(公 印 省 略)

自立支援医療制度と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る更生医療における自立支援医療費の審査及び支給等に関する会計検査院の是正及び是正改善の処置要求等への対応について

標記について、「会計検査院からの是正及び是正改善の処置要求等について」（令和7年10月17日事務連絡）（別添1）において周知したとおり、会計検査院法第34条及び第36条の規定に基づき是正及び是正改善の処置要求等がなされているところである。

都道府県及び更生医療の実施主体である市町村におかれては、下記1のとおり対応をお願いする。また、下記2から4までについて、別紙を参照の上、是正改善に対応いただくとともに、再発防止への積極的な取組や、制度の運用にあたり十分な確認体制の構築をお願いしたい。

各都道府県におかれては、当該通知の内容について、管内の実施主体に対して周知し、指定自立支援医療機関に対しては、当該通知の内容とともに、自立支援医療制度と医療保険の特定疾病制度の併用者（以下「特定疾病併用者」という。）に対する請求の適正化について周知いただきたい。

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 TEL：03-5253-1111（内3057） E-mail：jiritsuiryou@mhlw.go.jp
--

1. 過大に支給されていた自立支援医療費の返還等について

- (1) 「自立支援医療制度と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る更生医療における自立支援医療費の審査及び支給等について」(令和7年10月14日7検第201号)(以下「会計検査院指摘」という。)において指摘を受けた13府県111実施主体は、指摘の対象となった令和5年度障害者医療費国庫負担金の実績額を精査の上、過大に支給されていた額について、過誤調整を行うなどして速やかに返還等の措置を講じること。
- (2) 会計検査院指摘において、特定疾病併用者であった場合の自立支援医療費と実際に支給された自立支援医療費との開差額が生じていたものとして指摘を受けた9府県20事業主体は必ずしも返還等の措置を求めるものではないが、自主的な点検等により過大に支給されていたことが判明した場合は返還等の対応を行うこと。
- (3) 会計検査院指摘の事案に限らず全ての実施主体においては、必要に応じて自主的な点検を実施し、過大に支給されていたことが判明した場合は返還等の対応を行うこと。また、同様の事態が発生することがないよう下記2を参照のうえ、制度の運用にあたり十分な確認体制を構築すること。

2. 実施主体に対する継続的な周知、適正審査の徹底について

- (1) 各都道府県は実施主体に対して①及び②を継続的に周知することにより、適正に審査を行うよう徹底を図ること。
 - ① 特定疾病併用者に係る自立支援医療の制度、審査を行う必要性、審査方法等について継続的な周知を行うこと。周知に際して、制度の内容や必要性は「自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定に関する会計検査院の是正改善の処置要求への対応について」(平成27年4月24日障精発0424第1号)別紙の1及び2(別添2)を参照すること。

また、具体的な審査方法や確認事項等については、「医療保険の特定疾病療養受療と自立支援医療を併用する者の自己負担について」(平成18年6月13日障精発第0613001号)(別添3)、「会計検査院の是正改善の処置要求への具体的対応について」(平成27年4月24日事務連絡)(別添4)を参照すること。

② 人工透析患者の自立支援医療費の支給認定申請に当たっては、以下の対応を実施するよう継続的に周知すること。

- ・申請者が特定疾病制度の認定を受けている場合は、特定疾病療養受療証の写しを必ず提出させ、指定自立支援医療機関を受診する際にも必ず提示するよう申請者へ説明する。
- ・申請者が特定疾病制度の認定を受けておらず、特定疾病併用者となりうる者の場合は、自立支援医療制度の趣旨を説明し、特定疾病制度の申請をするよう働きかけ、適正な運用がなされるよう徹底を図る。

(2) 自立支援医療受給者証と特定疾病療養受療証とを一体として携行できるような工夫(※)をすることなどにより、特定疾病併用者の利便性を図ることができるよう配慮すること。

※例えば、自立支援医療受給者証と特定疾病療養受療証を紙で発行する場合、双方をホチキスで留める等。

3. 適正かつ効率的に審査可能な体制の整備について

システムの一層の活用を図るため、障害者福祉システム標準仕様書【第5.0版】(令和7年8月29日改定)において、機能要件に特定疾病制度の点検項目を追加する改正を行った。

実施主体においては、当該システムの活用により、適正かつ効率的に審査を行うことができるよう体制を整備すること。

障害者福祉システム標準仕様書【第5.0版】

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20807.html

4. 指定自立支援医療機関における適正な請求への対応について

実施主体と指定自立支援医療機関の間で特定疾病療養受療証の有無を含む自立支援医療費の支給認定に係る情報を共有していない事態は適切ではないとの指摘があったことから、指定自立支援医療機関が自立支援医療費を適正に請求することができるよう、実施主体と指定自立支援医療機関の間で情報を共有する取組を実施すること。

なお、実施方法の対応例を以下でお示しするが、例示の対応に限らず、実施主体の実情を踏まえて対応いただきたい。

<対応例>

支給認定（更新）の際等に、指定自立支援医療機関への情報共有について、あらかじめ受給者本人の同意を得た上で、以下のような取組を実施する。

- 指定自立支援医療機関から特定疾病療養受療証に係る照会が実施主体になされた場合、必要な情報を速やかに指定自立支援医療機関へ提供する。
- 特定疾病療養受療証の有無を含む情報をあらかじめ指定自立支援医療機関へ提供し、情報共有する。

事務連絡
令和7年10月17日

各都道府県

自立支援医療（更生医療）担当課（室） 御中

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課

会計検査院からの是正及び是正改善の処置要求等について

今般、自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定について、会計検査院より会計検査院法第34条及び第36条の規定により、是正及び是正改善の処置要求等があり、会計検査院長から厚生労働大臣に対して、別添のとおり送付がありましたので、情報提供いたします。なお、是正及び是正改善の処置要求等に関する具体的な対応等については、改めて通知の発出等を行う予定ですが、過大となっている国庫負担金は返還等の措置を講ずることとなりますので、該当する府県においては実施主体等と調整し、適宜対応を進めてください。

また、各都道府県担当者におかれましては、更生医療の実施主体である管内市町村に対し、本事務連絡の内容について情報提供いただきますようお願いいたします。

7検第 201 号
令和 7年10月14日

厚生労働大臣

福 岡 資 麿 殿

会計検査院長

原 田 祐 平

(公 印 省 略)

自立支援医療制度と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る更生医療における自立支援医療費の審査及び支給等について
標記について、下記のとおり、会計検査院法第34条の規定により是正の処置を要求し及び是正改善の処置を求め、並びに同法第36条の規定により改善の処置を要求し及び意見を表示する。

記

1 制度の概要

(1) 自立支援医療制度の概要

自立支援医療制度は、「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。）に基づき、障害者及び障害児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（以下「自立支援医療」という。）について、障害者及び障害児の保護者（以下「障害者等」という。）の医療費の自己負担額を軽減するために、公費により医療費を負担する公費負担医療制度である。

貴省は、障害者等の居住地等の市町村（特別区を含む。以下同じ。）又は都道府県が、都道府県知事等の指定する病院、薬局等（以下、これらを「指定医療機関」という。）から自立支援医療を受けた障害者又は障害児に係る自立支援医療に要した費用（以下「自立支援医療費」という。）を障害者等に対して支給した場合に、その支給に要する費用の100分の50を障害者医療費国庫負担金（以下「負担金」という。）として交付している。

法等によれば、自立支援医療費の支給に当たり、医療保険により同等の給付を受けることが可能な部分については、自立支援医療費の支給の対象とならないこととされている（以下、この取扱いを「併給調整」という。）。すなわち、図表1のとおり、自立支援医療費（公費負担分）（図表1の(A)）は、同一月に受けた自立支援医療につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額（同(B)）から、医療保険による給付（医療保険負担分）（同(C)）及び当該障害者等の家計の負担能力、障害の状態等をしんしゃくして政令で定める額（以下「自立支援医療制度の自己負担限度額」という。）等（同(D)）を控除して得た額等とすることとなっている。

図表1 自立支援医療費の算定式

自立支援医療費 (公費負担分) (A)	=	自立支援医療に係る医療費の月額 (B)	-	医療保険による給付（医療保険負担分） (C)	-	自立支援医療制度の自己負担限度額等 (D)
---------------------------	---	------------------------	---	---------------------------	---	--------------------------

(注) 自立支援医療費が支給されることで、障害者等の自己負担額が軽減されることになる（図表3参照）。

そして、法等によれば、都道府県は、市町村が行う自立支援医療費の支給等が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対して必要な助言、情報の提供その他の援助を行

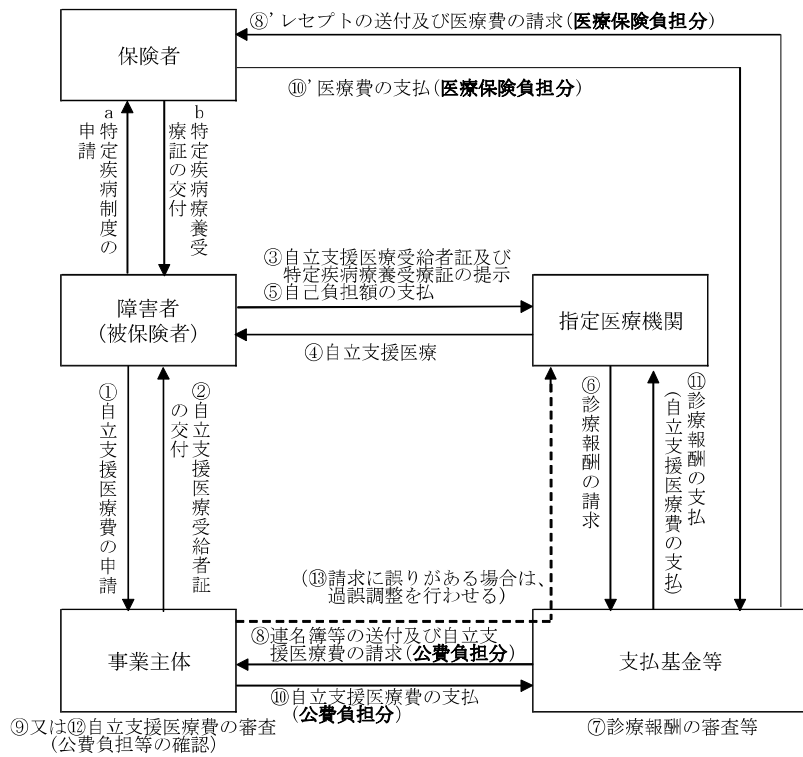
うなどの責務を有することとされており、また、都道府県知事等は、指定医療機関に対して自立支援医療の実施に関し指導を行うこととされている。

(2) 更生医療における自立支援医療費の支給認定等

自立支援医療は、育成医療、更生医療又は精神通院医療の3種類とされ、このうち更生医療は、人工透析療法を受ける腎臓の機能の障害等の身体障害者を対象としている。

更生医療における自立支援医療費の支給認定を受けようとする障害者又は支給認定の有効期間が終了して再度の支給認定を受けようとする障害者は、法及び「自立支援医療費の支給認定について」（平成18年障発第0303002号。以下「支給認定通知」という。）に基づき、図表2のとおり、市町村（以下「事業主体」という。）の長に申請して（図表2の①）、支給認定を受けて、自立支援医療受給者証の交付を受けることとなっている（同②）（以下、支給認定を受けた障害者を「支給認定障害者」という。）。そして、法等によれば、自立支援医療を受けようとする支給認定障害者は、自立支援医療受給者証を指定医療機関に提示することとされている（同③）。

図表2 更生医療における自立支援医療費の支給等に係る事務の流れの概念図



(注) 一部の事務については、後述(3)から(5)までを参照

(3) 更生医療における自立支援医療費の支給に係る審査等

事業主体は、支給認定障害者が指定医療機関から更生医療に係る自立支援医療を受けた(図表2の④)ときは、当該支給認定障害者に代わり指定医療機関に自立支援医療費を支払うことができることとなっている。

事業主体から委託を受けた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(以下、これらを「支払基金等」という。)は、指定医療機関から毎月提出される診療(調剤)報酬請求書及び診療(調剤)報酬明細書(以下「レセプト」という。)の内容の審査等(同⑥及び⑦)を行った後、受給者別に自立支援医療費(公費負担分)、自己負担額等を記載した連名簿等を作成して、事業主体等に送付している(同⑧)。

そして、事業主体は、毎月支払基金等から送付される連名簿等に基づき、公費負担額に医療保険負担とすべき額が含まれて請求されていないかなどについて支払の前又は後に必要な審査を行い（同⑨又は⑫）、支払基金等を通じて指定医療機関に対して自立支援医療費を支払うことになっている（同⑩及び⑪）。また、審査の結果、請求に誤りがある場合は、指定医療機関に対して支払基金等を通じて過誤調整を行わせる（同⑬）などしている。

(4) 医療保険の高額療養費制度における特定疾病制度の概要

医療保険の高額療養費制度のうち特定疾病制度は、被保険者の負担軽減を図る観点から、費用が著しく高額な治療を著しく長期間にわたって継続しなければならない疾病として厚生労働大臣が定めた人工透析療法を受ける慢性腎不全等（以下「特定疾病」という。）に係る療養を受けた場合の医療機関ごとの同一月における自己負担の限度額（以下「特定疾病制度の自己負担限度額」という。）を特例的に1万円等とし、これを超える額全額を保険者が負担するものである。

特定疾病制度の適用を受けようとする被保険者は、保険者に対して申請し、特定疾病の認定を受けて、特定疾病療養受療証の交付を受けることとなっている。そして、特定疾病の認定を受けた者が、特定疾病の療養を受けようとするときは、特定疾病療養受療証を保険医療機関等に提示しなければならないこととなっている（図表2の③）。

(5) 特定疾病併用者に係る更生医療における自立支援医療費の支給認定

特定疾病のうち、人工透析療法を受ける慢性腎不全の患者（以下「人工透析患者」という。）は、保険者から特定疾病の認定を受けると特定疾病制度の対象者になり

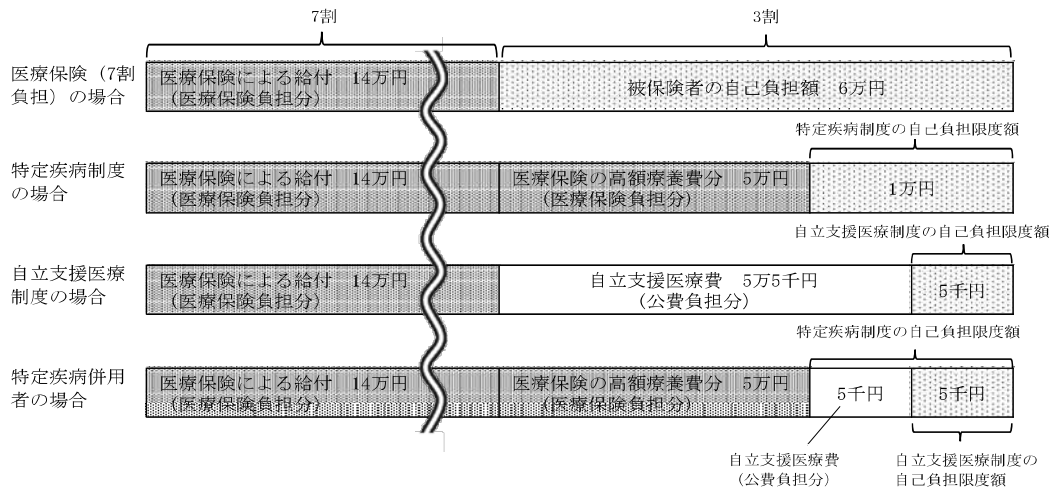
((4)参照)、さらに、事業主体から更生医療における自立支援医療費の支給認定を受けて支給認定障害者になる((2)参照)ことにより、両制度の対象者となる(以下、両制度の認定を受けた人工透析患者を「特定疾病併用者」という。))。

そして、支給認定通知によれば、人工透析患者の自立支援医療費の支給認定の申請については、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、事業主体の長に申請させることとされている。

(6) 特定疾病併用者に係る更生医療における自立支援医療費

特定疾病併用者に係る更生医療における自立支援医療費(公費負担分)は、図表3のとおり、併給調整により、特定疾病制度の自己負担限度額のうち、自立支援医療制度の自己負担限度額を超える額を支給することとなる。

図表3 特定疾病併用者等に係る自己負担限度額の概念図



注(1) 医療費の月額が20万円であって、被保険者の負担割合が3割(自己負担額6万円)、特定疾病制度の自己負担限度額が1万円、自立支援医療制度の自己負担限度額が5千円の場合の例である。

注(2) 自立支援医療費は、自立支援医療に係る医療費の月額から医療保険による給付と自立支援医療制度の自己負担限度額等を控除して得た額等となる(図表1参照)。

注(3) 特定疾病制度及び自立支援医療制度の認定を受けると、特定疾病併用者となり、医療保険の高額療養費分が自立支援医療費に優先して支給される。

(7) 平成26年の本院の処置要求を受けて貴省が講じた処置

本院は、平成26年10月に、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の額の算定について、会計検査院法第34条の規定により、厚生労働大臣に対して是正改善の処置を求めるなどするとともに、これを平成25年度決算検査報告に掲記した。

そして、貴省は、本院の指摘の趣旨に沿い、27年4月に都道府県等に対して「会計検査院の是正改善の処置要求への具体的対応について」（平成27年厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課事務連絡。以下「27年事務連絡」という。）を発するなどして、都道府県を通じて、事業主体に対して、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査の必要性や方法等を示して、公費負担額等が適正か審査を行うよう周知を図るなどしている。

2 本院の検査結果

(検査の観点、着眼点、対象及び方法)

自立支援医療費のうち更生医療に係る負担金については、26年の処置要求に係る検査時には741億3338万余円（24年度）であったが、令和5年度には868億8565万余円と増加しており、また、更生医療における自立支援医療費のうち人工透析療法に係るものの占める割合は約80%に上っている。

そこで、本院は、合規性、有効性等の観点から、事業主体における特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査は適正かつ効率的なものとなっているか、公費負担医療制度が制度の趣旨に沿って運用されているかなどに着眼して、15都府県の153事業主体が5年度に負担金の交付を受けた更生医療に係る事業費計721億2017万余円（負担金相当額計3

60億6008万余円)を対象として、153事業主体において、自立支援医療費に係る支払関係書類等を確認するとともに、貴省本省において、事業主体に対する指導等の状況について聴取するなどして会計実地検査を行った。

(注1) 15都府県 東京都、京都、大阪両府、福島、群馬、埼玉、千葉、神奈川県、岐阜、奈良、愛媛、高知、福岡、宮崎、沖縄各県

(検査の結果)

検査したところ、次のような事態が見受けられた。

(1) 特定疾病併用者に係る自立支援医療費が過大に支給されている事態

(注2)
15都府県の153事業主体のうち13府県の111事業主体において、図表4のとおり、自立支援医療費に、支給の対象とならない医療保険の特定疾病制度による給付対象額が含まれていて、自立支援医療費計1億9527万余円(負担金相当額計9763万余円)が過大に支給されている事態が見受けられた。

図表4 自立支援医療費が過大に支給されていたもの

(単位：千円)

府県名	事業主体数	国庫負担対象額 (A)	国庫負担金 (B) = (A) × 50/100	過大に支給されていた 自立支援医療費(C)	過大となっていた 国庫負担金相当額 (D) = (C) × 50/100
福島県	2	370,636	185,318	1,661	830
埼玉県	16	6,661,397	3,330,698	21,284	10,642
千葉県	8	4,387,846	2,193,923	15,551	7,775
神奈川県	17	10,599,638	5,299,819	10,872	5,436
岐阜県	2	427,519	213,759	1,958	979
京都府	11	4,257,523	2,128,761	41,167	20,583
大阪府	13	13,641,747	6,820,873	34,083	17,041
奈良県	8	1,326,885	663,442	5,467	2,733
愛媛県	4	1,133,150	566,575	6,637	3,318
高知県	6	1,239,618	619,809	729	364
福岡県	14	6,347,823	3,173,911	45,917	22,958
宮崎県	7	1,732,188	866,094	9,086	4,543
沖縄県	3	985,122	492,561	856	428
計(13府県)	111	53,111,099	26,555,549	195,273	97,636

自立支援医療費が過大に支給されている事態を踏まえて、事業主体における特定疾

病併用者に係る自立支援医療費の審査の実施状況等について確認したところ、次のような状況となっていた。

(注2) 111事業主体 福島県福島、会津若松両市、埼玉県さいたま、川越、熊谷、川口、所沢、加須、深谷、上尾、草加、越谷、戸田、朝霞、新座、久喜、富士見、ふじみ野各市、千葉県千葉、市川、松戸、習志野、柏、市原、八千代、君津各市、神奈川県横浜、川崎、相模原、横須賀、平塚、鎌倉、藤沢、小田原、茅ヶ崎、逗子、秦野、大和、伊勢原、海老名、座間各市、足柄下郡湯河原、愛甲郡愛川両町、岐阜県岐阜、多治見両市、京都府京都、福知山、舞鶴、綾部、宇治、亀岡、城陽、向日、長岡京、八幡、木津川各市、大阪府大阪、堺、豊中、池田、吹田、貝塚、守口、八尾、松原、和泉、箕面、門真、阪南各市、奈良県奈良、大和高田、大和郡山、橿原、桜井、御所、生駒、香芝各市、愛媛県松山、今治、八幡浜各市、南宇和郡愛南町、高知県高知、須崎、宿毛、土佐清水、四万十、香美各市、福岡県福岡、久留米、直方、飯塚、田川、八女、筑紫野、春日、大野城、宗像、太宰府、糸島、那珂川各市、糟屋郡粕屋町、宮崎県宮崎、都城、延岡、日向、串間、西都、えびの各市、沖縄県沖縄、うるま両市、中頭郡北中城村

ア 事業主体における特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査の実施状況

貴省は、27年事務連絡において、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査を行う必要性や、自立支援医療費と自己負担額の合計が特定疾病制度の自己負担限度額を超えていないか突合するなどの審査方法を示して、公費負担額等が適正か審査を行うよう周知を図っている。

そこで、事業主体において、27年事務連絡を踏まえた審査が行われているか確認したところ、自立支援医療費が過大に支給されている事態が見受けられた13府県の111事業主体のうち、13府県の85事業主体においては、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査を実施していなかった。このうち、12府県の74事業主体においては、

27年事務連絡の内容が担当部署において引き継がれておらず、審査の必要性を認識していなかった。また、貴省においても、27年事務連絡を発して以降、一度も周知を行っていなかった。

上記の事態について、事例を示すと次のとおりである。

<事例>

京都市は、指定医療機関からの令和5年度の更生医療における自立支援医療費の請求について、支払基金等から毎月送付される連名簿等に基づき、5年3月診療分から6年2月診療分までの請求額計33億4514万余円を支払基金等を通じて指定医療機関に支払っていた。

当該請求額のうち28億4955万余円は人工透析療法等に係る請求であり、このうち1669万余円（負担金相当額834万余円）は、医療保険の特定疾病制度による給付対象額が誤って自立支援医療費として請求されたものであった。

しかし、同市においては、27年事務連絡の内容が担当部署において引き継がれておらず、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査を行わないまま、請求どおりに自立支援医療費を支給していた。

イ 事業主体における特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査体制の状況等

事業主体における特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査体制をみたところ、ほとんどの事業主体において、特定疾病併用者の人数にかかわらず、1名から2名の職員による審査体制となっていて、適正な審査を行うためには、より効率的な方法により実施する必要があると認められた。

そして、貴省は、27年事務連絡において、効率的に審査を実施するために、連名簿を電子データで入手して、既存のシステムに取込みが可能であれば取り込み、また、受給者データと連名簿等の突合を電子データにより行う方法を審査の好事例と

して示している。

そこで、13府県の111事業主体における連名簿の状況及び審査体制の状況をみたところ、連名簿の媒体については、事業主体によって紙又は電子データと区々となっており、社会保険診療報酬支払基金から送付される連名簿と、国民健康保険団体連合会から送付される連名簿のいずれか又は両方が紙である事業主体が、12府県の65事業主体と半数以上を占めていた。また、連名簿を電子データで受領していても、電子データを活用した効率的な審査ができていない事業主体が見受けられた。

一方、政府は、「地方公共団体情報システムの標準化に関する法律」（令和3年法律第40号）等に基づき、自立支援医療費の支給に関する業務において使用する障害者福祉に係るシステム等の基幹業務のシステムを標準化することとして、7年度末までに標準化のための基準に適合したシステム（以下「標準化システム」という。）への移行を目指している。

そこで、貴省が標準化システムにおいて求める機能を示した標準仕様書の自立支援医療費の審査に係る機能要件を確認したところ、レセプト情報に関しては、特定疾病の認定を受けているかについての点検項目は含まれているものの、特定疾病併用者に係る公費負担額が適正かについての点検項目は含まれていなかった。

このため、標準化システムの標準仕様書は、事業主体における特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査に十分に資するものとはなっていないと認められ、標準化システムへの移行後においても、効率的な審査ができるものとはなっていないと思料される。

そして、貴省は、これらの状況について把握しておらず、適正かつ効率的な審査ができる体制を整備することについて検討を行っていなかった。

ウ 事業主体における特定疾病療養受療証の有無を含む自立支援医療費の支給認定に係る情報共有の状況

特定疾病併用者に係る自立支援医療費の請求が適正に行われない原因の一つには、特定疾病併用者が指定医療機関に対して自立支援医療受給者証のみを提示し、特定疾病療養受療証を提示していないことがある。そして、特定疾病併用者についての情報を、本人の同意を得た上で事業主体と指定医療機関との間においてあらかじめ共有することができれば、指定医療機関において、自立支援医療受給者証のみを提示した特定疾病併用者に対して特定疾病療養受療証の提示を促し、適正な請求を行うことができると思料される。

そこで、13府県の111事業主体において、自立支援医療費の支給認定を行った際に、指定医療機関である病院及び薬局のいずれに対しても特定疾病療養受療証の有無を含む支給認定に係る情報を共有することとしているか確認したところ、93事業主体では当該情報を共有することとしていなかった。

また、貴省は、このような状況について把握しておらず、情報を共有する仕組みを構築することについて検討を行っていなかった。

- (2) 特定疾病の認定の有無等を十分に把握しないまま自立支援医療費の支給認定を行い、自立支援医療費が支給されている事態
- 支給認定通知によれば、人工透析患者の自立支援医療費の支給認定の申請について

は、特定疾病療養受療証の写しを添付の上、事業主体の長に申請させることとされている。

そこで、15都府県の153事業主体において特定疾病療養受療証の写しを添付させているか確認したところ、支給認定通知の解釈が事業主体によって区々となっており、15都府県の124事業主体においては、特定疾病療養受療証の写しを必ず添付するよう求めていた。一方、12都府県の29事業主体においては、必ずしも求めておらず、特定疾病の認定の有無等を十分に把握しないまま自立支援医療費の支給認定を行っていた。

しかし、特定疾病の認定の有無等を十分に把握しないまま自立支援医療費の支給認定を行っている場合、事業主体が支給した自立支援医療費に、支給の対象とならない医療保険の特定疾病制度による給付対象額が含まれているおそれがある。

そこで、29事業主体において特定疾病療養受療証の写しが添付されていなかった支給認定障害者について、これらの者の年齢及び自立支援医療費の自己負担限度額を基に、特定疾病併用者であった場合の特定疾病制度における自己負担限度額を仮定して自立支援医療費を算出し、当該自立支援医療費と実際に支給された自立支援医療費との開差額を試算した。その結果、図表5のとおり、9府県の20事業主体が支給認定を行った193人において、特定疾病併用者であった場合の自立支援医療費と実際に支給された自立支援医療費との開差額が計2757万余円（負担金相当額計1378万余円）生じていた。また、20事業主体の193人について特定疾病の認定の有無等を確認したところ、7事業主体の50人は特定疾病の認定を受けていた。一方、11事業主体の76人については特定疾病の認定を受けておらず、11事業主体の67人については、7年7月末時点におい

ても、事業主体が関係機関との調整に時間を要するなどして、特定疾病の認定の有無等を確認できなかった。これら193人に係る自立支援医療費には、支給の対象とならない医療保険の特定疾病制度による給付対象額が含まれていると思料される。

図表5 特定疾病併用者であった場合の自立支援医療費と実際に支給された自立支援医療費との開差額が生じていたもの（本院試算）

(単位：人、千円)

府県名	事業主体数	特定疾病併用者であった場合の自立支援医療費と実際に支給された自立支援医療費との開差額が生じていたもの(A)								(A)に係る国庫負担金相当額 (B) = (A) × 50/100
				特定疾病の認定を受けていた者		特定疾病の認定を受けていない者		特定疾病の認定の有無等を確認できなかった者		
		人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額	
福島県	1	2	1,365	-	-	2	1,365	-	-	682
埼玉県	3	60	8,400	-	-	27	3,405	33	4,994	4,200
千葉県	2	8	1,156	3	100	5	1,056	-	-	578
神奈川県	4	12	2,609	1	133	6	1,214	5	1,260	1,304
大阪府	3	47	4,764	10	391	26	3,005	11	1,368	2,382
愛媛県	1	1	17	-	-	-	-	1	17	8
福岡県	3	54	7,975	32	3,578	8	1,775	14	2,621	3,987
宮崎県	1	3	1,034	-	-	2	174	1	859	517
沖縄県	2	6	255	4	183	-	-	2	71	127
計(9府県)	20	193	27,578	50	4,386	76	11,997	67	11,193	13,789

このうち、特定疾病の認定を受けていた者については、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査の対象とするために、事業主体において、特定疾病療養受療証の写しを原則として添付させることにより、特定疾病の認定を受けていることを適切に把握することが求められる。

また、特定疾病の認定を受けていない者については、人工透析患者であれば特定疾病制度の対象となりうる者ではあるが、特定疾病の認定は申請主義に基づくものであるため、申請をしない場合は特定疾病併用者とならない。しかし、医療保険により同等の給付を受けることが可能な部分については、併給調整を行うこととなっている趣旨に鑑みると、特定疾病の認定を受けていない者に対して、特定疾病制度の申請をす

るよう働きかけることが望ましい。

そして、特定疾病の認定の有無等を確認できなかった者については、自立支援医療費の支給認定の際に、特定疾病の認定の有無等を把握することで、特定疾病療養受療証の写しの添付を求め、又は特定疾病制度の申請をするよう働きかけるなどの対応が可能となる。

以上のように、自立支援医療費を適正に支給するためには、事業主体において、自立支援医療費の支給認定の際に、特定疾病の認定の有無等を適切に把握することで、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査及び併給調整の対象とすることが求められる。

(是正及び是正改善並びに改善を必要とする事態)

事業主体において自立支援医療費が過大に支給されている事態は適切ではなく、是正及び是正改善を図る必要があると認められる。また、特定疾病併用者に係る自立支援医療費を適正に支給するための効率的な審査ができる体制となっていない事態、及び特定疾病の認定の有無等を十分に把握しないまま自立支援医療費の支給認定を行い、自立支援医療費が支給されている事態は適切ではなく、改善を図る必要があると認められる。さらに、事業主体と指定医療機関との間において、特定疾病療養受療証の有無を含む自立支援医療費の支給認定に係る情報を共有することとしていない事態は適切ではなく、改善の必要があると認められる。

(発生原因)

このような事態が生じているのは、特定疾病併用者が指定医療機関に特定疾病療養受

療証を提示していないことや、指定医療機関において自立支援医療制度の理解が十分でないことにもよるが、次のことなどによると認められる。

ア 事業主体において

(ア) 特定疾病併用者に係る自立支援医療費の支給の制度及び審査方法についての理解が十分でないこと

(イ) 特定疾病併用者に係る自立支援医療費の適正かつ効率的な審査ができる体制となっていないこと

イ 貴省において

(ア) 事業主体に対して、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の支給の制度、審査を行う必要性、審査方法等について、継続的な周知を行っていないこと

(イ) 事業主体の審査体制の状況等を把握しておらず、事業主体において適正かつ効率的な審査ができる体制を整備することについて検討していないこと

(ウ) 事業主体と指定医療機関との間において、特定疾病療養受療証の有無を含む自立支援医療費の支給認定に係る情報を共有する仕組みを構築することについて検討していないこと

(エ) 事業主体に対して、人工透析患者の自立支援医療費の支給認定時における特定疾病の認定の有無等に応じた対応について、明確に周知していないこと

3 本院が要求する是正の処置及び求める是正改善の処置並びに要求する改善の処置及び表示する意見

自立支援医療費のうち更生医療に係る医療費は、人工透析療法に係るものが大部分を

占めている。また、医療機関においては健康保険証として利用登録されたマイナンバーカード（以下「マイナ保険証」という。）で特定疾病情報を確認できることとなっているが、資格確認書等により特定疾病情報を確認する場合があること、マイナ保険証による確認には開示の同意が必要であることなどから、事業主体において特定疾病併用者に係る自立支援医療費の適正かつ効率的な審査を行うことが引き続き求められる。

については、貴省において、特定疾病併用者に係る自立支援医療費の審査及び支給が適正に行われるよう、次のとおり、是正の処置を要求し及び是正改善の処置を求め並びに改善の処置を要求し及び意見を表示する。

ア 自立支援医療費が過大に支給されていた111事業主体に対して、過誤調整を行わせるなどすることで、過大に支給されていた自立支援医療費に係る負担金について返還等の措置を講じさせること（会計検査院法第34条の規定により是正の処置を要求するもの）

イ 事業主体に対して、都道府県を通じて、

(7) 特定疾病併用者に係る自立支援医療費の支給の制度、審査を行う必要性、審査方法等について継続的な周知を行うこととし、適正に審査を行うよう徹底を図ること（同法第34条の規定により是正改善の処置を求めるもの）

(4) 特定疾病併用者に対して、指定医療機関の受診の際に、自立支援医療受給者証と併せて特定疾病療養受療証も提示する必要があることなどを説明すること、人工透析患者の自立支援医療費の支給認定の申請に当たり、特定疾病の認定の有無等の確認のために特定疾病療養受療証の写しを原則として添付させること、及び特定疾病

の認定を受けていない者には自立支援医療制度の趣旨を説明し、特定疾病制度の申請をするよう働きかけることについての継続的な周知を行うこととすること（同法第36条の規定により改善の処置を要求するもの）

ウ 事業主体において適正かつ効率的な審査ができるような体制を整備するよう、標準化システムの標準仕様書の機能要件に自立支援医療費の点検項目を追加するなどすること（同法第36条の規定により改善の処置を要求するもの）

エ 指定医療機関が自立支援医療費を適正に請求することができるよう、事業主体において、本人の同意を得た上で特定疾病療養受療証の有無を含む自立支援医療費の支給認定に係る情報を指定医療機関と共有する仕組みを構築するよう助言すること（同法第36条の規定により意見を表示するもの）

障精発0424第1号
平成27年4月24日

各

都道府県
指定都市
中核市

 障害保健福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長
(公 印 省 略)

自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定に関する会計検査院の是正改善の処置要求への対応について

この度、会計検査院から厚生労働省に対して、「自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定について」(平成26年10月17日26検第513号)のとおり指摘があり、会計検査院法第34条の規定に基づき是正改善の処置要求がなされているところである。

実施主体においては、別紙を参照の上、制度の運用に当たり十分な確認体制の構築をお願いしたい。

また、各都道府県におかれては、当該通知の内容について、管内の実施主体に対する周知をお願いするとともに、実施主体向けの定期的な研修会を開催する等、再発防止に向けた取組を積極的に実施するようお願いしたい。

さらに、指定自立支援医療機関に対しては、自立支援医療と医療保険の特定疾病療養受療の併用者に対する請求事務が適正なものとなるよう留意する旨、周知するとともに、貴管内の医師会及び薬剤師会等の関係機関に対しても、併せて周知方につき配慮されたい。

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。

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
TEL : 03-5253-1111 (内 3057)
E-mail:jiritsuiryu@mhlw.go.jp

別紙

1 自立支援医療制度の内容について

自立支援医療制度は医療保険優先の仕組みであり、医療保険適用後の自己負担を軽減する制度のため、まずは、医療保険における特定疾病療養受療の制度を適用し、加えて、自立支援医療による自己負担限度額が1万円^(注)より低い場合に、更に自己負担の軽減を図るものである。そのため、自立支援医療による公費負担は、1万円と自立支援医療による自己負担限度額の差となる。

なお、具体的な自立支援医療の自己負担上限額ごとのケースについては、別添「医療保険の特定疾病療養受療と自立支援医療を併用する者の自己負担について」（平成18年6月13日障精発第0613001号）の別添1及び2を参照のこと。

(注) 高額療養費制度の特例により自己負担限度額が1万円とされている（標準報酬月額等が所定額以上の被保険者で70歳未満の者については2万円）。

2. 実施主体における自立支援医療と特定疾病療養受療の併用者にかかる確認について

(1) 確認の必要性について

「1」に記載のとおり、自立支援医療制度は医療保険が優先される仕組みであり、特定疾病療養受療の併用者に関し、自己負担額及び公費負担額を適正に算定する必要がある。

こうした中で、審査支払機関においては、公費負担額及び自己負担額が適正か否かについての審査は行っていない。そのため、実施主体においては、審査支払機関から提供される連名簿等を活用し、自立支援医療制度に則った適正な請求であるかの確認を必ず行うこと。

(2) 申請受付時等における確認について

「自立支援医療費の支給認定について」（平成18年3月3日障発第0303002号）の「別紙2の第3の1」等により、「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」としており、また、「自立支援医療費受給者証に特定疾病療養受療証の有無を記載すること」としている。実施主体においては、これを踏まえ、申請受付時に特定疾病療養の対象者かどうかを確認することが重要である。

(3) 具体的な確認事項について

別途事務連絡により、お知らせするので参考にすること。

3 今後の対応について

今回の指摘事項を踏まえ、各都道府県においては、自立支援医療に係る連絡会議等の場を活用するなど、実施主体や指定自立支援医療機関等に対し、改めて制度の内容等について周知を行うほか、定期的な研修会の開催や事務処理マニュアルの配布及び随時の更新等により、恒常的に制度の周知徹底を図るなど、より適切な対応が図られるよう、地域の実情に応じた積極的な取組を図られたい。

(別添)

障精発第0613001号
平成18年6月13日

(最終改正 障精発第0330第1号 平成24年3月30日)

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管部(局)長 殿
中核市厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長

医療保険の特定疾病療養受療と自立支援医療を併用する者の自己負担について

障害者自立支援法(平成17年法律第123号)に基づく自立支援医療費については、自立支援医療に要した費用のうち支給認定障害者等の家計の負担能力、障害の状態その他の事情をしん酌した額を控除して得た額(当該しん酌した額が自立支援医療に要した費用の100分の10に相当する額を超える場合には、100分の10に相当する額)から、医療保険等から給付される額を差し引いた額(別添1参照)を指定自立支援医療機関に支払う制度となっているところである。

しかしながら、今般、自立支援医療制度と医療保険の高額療養費の併給関係について、指定自立支援医療機関における取扱いが不明瞭となっている事例が見受けられたため、下記事項に留意の上、関係機関へ周知するとともに、自立支援医療費の適正な給付方に配慮を願いたい。

記

1. 指定自立支援医療機関における自己負担の徴収について

自立支援医療の受給者から、自己負担として、受給者が負担すべき額を医療機関窓口において徴収することとしているところである。

このため、通院患者については、受給者が負担すべき負担限度額に達するまで、受診毎に当該受診に係る医療費の100分の10相当額を限度として徴収することとなる。

その結果、特定疾病療養受療の認定者(医療保険上の高額療養費の自己負担限度額は、1診療報酬明細書あたり1万円)に対しての自己負担については、①1月あたりの負担額、②当該月の自立支援医療に係る医療費の100分の10相当額の合計額、③高額療養費の自己負担限度額(1万円)のいずれか一番低い額が徴収額となる。具体的な例については別添2を参照すること。

2. 都道府県等における連名簿等の審査について

診療報酬の審査を委託している社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会においては、自己負担が適正に徴収されているかどうかの審査は行われなため、都道府県等における自立支援医療に係る診療報酬の額の決定に際しての連名簿等の確認により、1による取扱いを行っていない場合は、指定自立支援医療機関あてに返戻又は過誤調整を行うよう連絡する、又は、審査支払機関に過誤調整を依頼するなど、関係機関と連携しつつ、自立支援医療費の適正な給付を図ること。

別添1

自立支援医療費の給付額の算定例

ケース1

- ・健康保険 3割負担
- ・月額総医療費 4万円
- ・自己負担上限月額 5千円

月額総医療費 4万円		
保険給付 2万8千円	自立支援医療費 8千円	自己負担 4千円

障害者自立支援法第58条に基づく給付対象額

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費} \\ 40,000\text{円} \end{array} \times \begin{array}{r} \text{自立支援医療の給付率} \\ 90/100 \end{array} = 36,000\text{円} \dots A$$

障害者自立支援法第7条に基づき自立支援給付を行わない額(保険による給付額)

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費} \\ 40,000\text{円} \end{array} \times \begin{array}{r} \text{保険の給付率} \\ 70/100 \end{array} = 28,000\text{円} \dots B$$

自立支援医療費として給付する額(A-B)

$$\begin{array}{r} A \\ 36,000\text{円} \end{array} - \begin{array}{r} B \\ 28,000\text{円} \end{array} = \underline{8,000\text{円}}$$

ケース2

- ・特定疾病療養受療の認定者
- ・月額総医療費 20万円
- ・自己負担上限月額 5千円

月額総医療費 20万円		
保険給付 19万円 (7割給付 14万円 + 高額療養費 5万円)	自立支援医療費 5千円	自己負担 5千円

障害者自立支援法第58条に基づく給付対象額

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費の1割} \\ 20,000\text{円} \end{array} > \begin{array}{r} \text{自己負担上限月額} \\ 5,000\text{円} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費} \\ 200,000\text{円} \end{array} - \begin{array}{r} \text{自己負担上限月額} \\ 5,000\text{円} \end{array} = 195,000\text{円} \dots A$$

障害者自立支援法第7条に基づき自立支援給付を行わない額(保険による給付額)

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費の3割} \\ 60,000\text{円} \end{array} > \begin{array}{r} \text{高額療養費の自己負担限度額} \\ 10,000\text{円} \end{array}$$

$$\begin{array}{r} \text{月額総医療費} \\ 200,000\text{円} \end{array} - \begin{array}{r} \text{高額療養費の自己負担限度額} \\ 10,000\text{円} \end{array} = 190,000\text{円} \dots B$$

自立支援医療費として給付する額(A-B)

$$\begin{array}{r} A \\ 195,000\text{円} \end{array} - \begin{array}{r} B \\ 190,000\text{円} \end{array} = \underline{5,000\text{円}}$$

別添2

特定疾病療養受療の認定者からの自立支援医療の自己負担の徴収例

- 1 通院であって、院内処方かつ訪問看護を利用していない受給者
(月の当初から自立支援医療の認定を受けている方)

ケース1

A指定自立支援医療機関窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月 3日(月)	2,308点	2,310円	2,310円	2,310円	2,310円
4月 7日(金)	4,523点	190円	2,690円	4,520円	4,520円
4月11日(火)	2,308点	0円	0円	2,310円	2,310円
4月15日(土)	2,308点	0円	0円	860円	860円
4月19日(水)	4,523点	0円	0円	0円	0円
4月23日(日)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		2,500円	5,000円	10,000円	10,000円

ケース2

A指定自立支援医療機関窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月 3日(月)	4,523点	2,500円	4,520円	4,520円	4,520円
4月 7日(金)	2,608点	0円	480円	2,610円	2,610円
4月11日(火)	2,308点	0円	0円	2,310円	2,310円
4月15日(土)	4,523点	0円	0円	560円	560円
4月19日(水)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月23日(日)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	4,523点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		2,500円	5,000円	10,000円	10,000円

2 通院であって、院外処方かつ訪問看護を利用していない受給者
(月の当初から自立支援医療の認定を受けている方)

ケース1

A指定自立支援医療機関(病院・診療所)窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月3日(月)	2,308点	2,310円	2,310円	2,310円	2,310円
4月7日(金)	2,608点	190円	2,610円	2,610円	2,610円
4月11日(火)	2,379点	0円	0円	2,380円	2,380円
4月15日(土)	2,308点	0円	0円	480円	2,310円
4月19日(水)	2,608点	0円	0円	0円	390円
4月23日(日)	2,679点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		2,500円	4,920円	7,780円	10,000円

B指定自立支援医療機関(薬局)窓口での自己負担徴収額

調剤日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月7日(金)	2,215点	0円	80円	2,220円	2,220円
4月20日(木)	2,215点	0円	0円	0円	2,220円
4月分の自己負担徴収額計		0円	80円	2,220円	4,440円

ケース2

A指定自立支援医療機関(病院・診療所)窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月3日(月)	2,379点	2,380円	2,380円	2,380円	2,380円
4月7日(金)	2,608点	0円	400円	2,610円	2,610円
4月11日(火)	2,308点	0円	0円	2,310円	2,310円
4月15日(土)	2,379点	0円	0円	480円	2,380円
4月19日(水)	2,608点	0円	0円	0円	320円
4月23日(日)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,679点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		2,380円	2,780円	7,780円	10,000円

B指定自立支援医療機関(薬局)窓口での自己負担徴収額

調剤日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月3日(月)	2,215点	120円	2,220円	2,220円	2,220円
4月15日(土)	2,215点	0円	0円	0円	2,220円
4月28日(金)	2,215点	0円	0円	0円	2,220円
4月分の自己負担徴収額計		120円	2,220円	2,220円	6,660円

注) 病院・診療所と薬局間での負担上限月額の管理については、受給者に交付されている自己負担上限額管理表により行うこと。

- 3 通院であって、手続きの関係により月の途中から自立支援医療の認定を受けている場合
 ケース1(院内処方かつ訪問看護を利用していない受給者であって、4月5日に承認を受けた場合)
 A指定自立支援医療機関窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月3日(月)	2,308点	6,920円	6,920円	6,920円	6,920円
4月7日(金)	4,523点	2,500円	3,080円	3,080円	3,080円
4月11日(火)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月15日(土)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月19日(水)	4,523点	0円	0円	0円	0円
4月23日(日)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		9,420円	10,000円	10,000円	10,000円

- ケース2(院外処方かつ訪問看護を利用していない受給者であって、4月5日に承認を受けた場合)
 A指定自立支援医療機関(病院・診療所)窓口での自己負担徴収額

受診日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月3日(月)	2,379点	7,140円	7,140円	7,140円	7,140円
4月7日(金)	2,608点	2,500円	2,610円	2,610円	2,610円
4月11日(火)	2,308点	0円	250円	250円	250円
4月15日(土)	2,379点	0円	0円	0円	0円
4月19日(水)	2,608点	0円	0円	0円	0円
4月23日(日)	2,308点	0円	0円	0円	0円
4月27日(木)	2,679点	0円	0円	0円	0円
4月分の自己負担徴収額計		9,640円	10,000円	10,000円	10,000円

B指定自立支援医療機関(薬局)窓口での自己負担徴収額

調剤日(期間)	医療費(点数)	自己負担徴収額			
		負担上限月額 2,500円	負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	負担上限月額 20,000円
4月3日(火)	2,215点	6,650円	6,650円	6,650円	6,650円
4月15日(土)	2,215点	0円	2,140円	2,220円	2,220円
4月28日(金)	2,215点	0円	0円	1,130円	1,130円
4月分の自己負担徴収額計		6,650円	8,790円	10,000円	10,000円

注) 斜体文字 は、自立支援医療の対象とならない部分である。

事務連絡
平成27年4月24日

各 (都道府県
指定都市
中核市) 障害保健福祉主管部(局)
更生医療担当 御中

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課

会計検査院の是正改善の処置要求への具体的対応について

標記については、「自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定に関する会計検査院の是正改善の処置要求への対応について」(平成27年4月24日障精発0424第1号)により通知しているところですが、具体的な確認事項等を下記のとおり整理しましたので、今後の対応の参考として下さい。

記

1. 実施主体における確認事項等について

(1) 自立支援医療申請受付時における確認

自立支援医療の申請受付時(再認定時を含む。)において、自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者については、特に

- ① 特定疾病療養受療証の有無
- ② 特定疾病療養受療証の有効期間
- ③ 特定疾病療養に係る自己負担限度額

の確認をお願いします。

また、①～③は、後日、連名簿等の審査にも必要であることから、実施主体において台帳等への記録を行うなど、対象者の把握等に漏れのないよう留意して下さい。

(2) 連名簿等における確認

実施主体においては、審査支払機関から提供のあった連名簿等により、以下の事項について自立支援医療制度に則った適正な請求であるかの確認をお願いします。

- ・生年月日
- ・自立支援医療の認定期間

- ・ 自立支援医療に係る負担上限月額
- ・ 指定医療機関名(コード)
- ・ 特定疾病療養受療証の有無
- ・ 特定疾病療養受療証の有効期間
- ・ 特定疾病の限度額が1万円か2万円か 等

また、連名簿を用いた確認方法の例については、別紙を参照して下さい。

特に特定疾病制度の併用者に関して連名簿等の審査を行う事項

事項	審査内容	審査方法
資格	自立支援医療の認定期間において、特定疾病療養受療証は有効かどうか。	自立支援医療の認定期間と特定疾病療養受療証の有効期間とを突合する。
公費負担額	1 請求当り公費負担額等計(患者負担額+公費負担額) ≤ 1万円(上位所得者は2万円。以下同様。)となっているか。	受療証の自己負担限度額(1万円又は2万円)と個々の請求ごとの「患者負担額+公費負担額」とを突合する。
	公費負担額等計(患者負担額+公費負担額)が1万円を下回る場合は①医療保険の被保険者負担割合又は②医療費の1割に相当する額となっているか。	「患者負担額+公費負担額」と①受給者の加入保険、年齢、所得等に基づく被保険者負担割合から算定される額又は②総医療費の1割に相当する額とを突合する。

2. 具体的な取組好事例

(例1)

審査を手作業で行うと審査漏れの可能性が高くなり、事務効率も悪いことから、遺漏なく効率的に審査を実施するため、連名簿を電子データで入手し、既存のシステムに取込みが可能であれば取込み、また、システムがない場合でもエクセル等のファイル形式で取込みを行うなどにより、受給者データと連名簿等の突合を電子データにより行い、効率的に審査を行う体制を整備した。

(例2)

病院又は診療所が発行する院外処方箋にマル長[※]である旨の記載がされていないために、調剤薬局においてマル長での保険請求がなされなかったものがあると考えられることから、関係者の了解を得て、病院及び診療所において、マル長対象者の院外処方箋の発行の際には、マル長である旨の記載(処方せん備考欄への「マル長適用」等の記載又は欄外にゴム印等で「長」の表示)をすることとした。

※高額長期疾病に係る高額療養費の特例の対象者

特定疾病併用者の自立支援医療費に係る連名簿の審査方法の例 《参考》

事前作業

自立支援医療の認定・再認定の際に、人工透析患者については、特定疾病療養受療証の写しを必ず提出させ、受給者台帳等の受給者情報を管理する台帳に、特定疾病療養受療証の有無、特定疾病療養受療の自己負担限度額が1万円か2万円か、交付日・有効期限等の情報を記録しておく（所得・年齢により自己負担限度額は変動するので、必ず認定・再認定の都度受療証の写しを提出させ、記録する）。

1. 受給者台帳より、人工透析患者で特定疾病療養受療制度の対象となっている者（特定疾病併用者）の受給者番号を抽出する。
2. 1で抽出した特定疾病併用者のリストと連名簿の受給者番号を突合して、連名簿のうちの特定疾病併用者に係る請求を特定する。
3. 連名簿の特定疾病併用者に係る請求について、以下のポイントに留意して審査する。
 - ① 自立支援医療費と患者負担額の合計が1万円（2万円）以下となっているか
 - ⇒ 連名簿の「一部負担金（患者負担額）」欄＋「決定金額（自立支援医療費）」 $\leq 10,000$ 円（※）となっているか。 ※70歳未満の上位所得者は20,000円
 - ② 「特記」欄が「02」となっているか（支払基金の連名簿の場合のみ。国保、後期には「特記」欄はない）
 - ⇒ 「02」（70歳未満の上位所得者で、特定疾病療養受療の自己負担限度額が20,000円の場合は「16」）であれば、特定疾病併用者として請求されており、「00」の場合は特定疾病療養受療の対象ではないものとして請求されているため、決定金額が誤っている可能性が高い。
 - ③ 診療月が特定疾病療養受療証の有効期限内となっているか。
 - ④ 特定疾病療養受療の自己負担限度額が変更になっている者については、特に変更後の診療月の請求額が、変更後の自己負担限度額により請求されているか留意する。

② 特記コード
00: 該当なし
02: 特定疾病 (長)
16: 特定疾病 (長2)

① 1万円(2万円)以下か
一部負担金+決定金額 ≤ 10,000 (20,000) 円

決定金額 = 自立支援医療費

連名簿

法別 15) () 御中 平成 24 年 社会保険診療報酬支払基金支部

受給者番号	特記	日数 (回数)	決定点数 (基準額)	一部負担金 (患者負担額)	決定金額	請求者	保険者	診療年月	備考
A 1263	00	14	38256	5000	76256	1	01420017		
B 1263	00	13	13737	0	13737	4	01420017		38,654
C 1511	02	13	38660	5000	5000	1	01420017		5,000
D 1511	00	5	5833	0	12709	4	01420017		38,660

1は医科
4は調剤

例えば、特定疾病併用者(自立支援医療の自己負担上限月額5,000円、特定疾病療養の自己負担限度額10,000円)である受給者番号1263のMと受給者番号1511のWの請求A~Dについて見ると、以下のようになる。

〈受給者番号1263 M〉

A 誤り⇒正しくは、「決定金額」欄が5,000円(一部負担金と合わせて1万円となるはず)

[理由]

- ① 一部負担金+決定金額 ≤ 1万円となるべきところ、一部負担金(5,000円)+決定金額(76,256円)=81,256円 となっており、特定疾病の自己負担限度額1万円を超えている。
- ② 特定疾病併用者であるのに、「特記」欄が「02」ではなく「00」となっている。

B 誤り⇒正しくは、「決定金額」欄が10,000円(一部負担金と合わせて1万円となるはず)

[理由]

- ① 一部負担金+決定金額 ≤ 1万円となるべきところ、一部負担金(0円)+決定金額(13,737円)=13,737円 となっており、特定疾病の自己負担限度額1万円を超えている。
- ② 特定疾病併用者であるのに、「特記」欄が「02」ではなく「00」となっている。

〈受給者番号1511 W〉

C 正しい

[理由]

- ① 一部負担金(5,000円)+決定金額(5,000円) ≤ 1万円となっている。
- ② 「特記」欄が「02」となっている。

D 誤り⇒正しくは、「決定金額」欄が10,000円（一部負担金と合わせて1万円となるはず）

[理由]

- ① 一部負担金＋決定金額 \leq 1万円となるべきところ、一部負担金(0円)＋決定金額(17,499円)＝17,499円となっており、特定疾病の自己負担限度額1万円を超えている。
- ② 特定疾病併用者であるのに、「特記」欄が「02」ではなく「00」となっている。

(注1) レセプト単位での確認をする際の参考例である旨、ご留意下さい。

(注2) 本参考例は、人工透析患者における社会保険診療報酬支払基金（支部）より提供される連名簿を例としたものであるため、その他の連名簿等については、本例を参考として確認等を行うようにして下さい。

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

各

都道府県
指定都市
中核市
市町村

 障害保健福祉主管部(局) 御中

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課

自立支援医療の経過的特例に係る支給認定の取扱いについて

自立支援医療につきまして、平素より御尽力いただき御礼申し上げます。

障害者総合支援法（平成17年法律第123号）に基づく自立支援医療の利用者負担については、所得に応じた負担上限月額を設けるなどの負担軽減措置等を講じているところですが、下記の2点については、障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号）において、令和9年3月31日までの経過的特例としているところです。

このことから、当該経過的特例に係る改正後の障害者総合支援法施行令が施行されるまでの間に経過的特例の対象となる方へ支給認定を行う場合は、経過的特例の適用は令和9年3月31日までとすることを原則としますが、各自治体の判断により、受給者証に「経過的特例が延長された場合は令和〇年〇月〇日までとする。」等の記載をすることにより、経過的特例が延長された場合の受給者証の有効期間の延長を不要とするなどの措置を取っても差し支えないこととします。その際には、各関係機関において混乱及び取扱いに誤りがないよう、経過的特例及び当該措置に関して趣旨等の周知をお願いします。

記

- 1 高額治療継続者（いわゆる「重度かつ継続」）の方については、市町村民税の所得割の額が23万5千円以上の世帯に属する方も自立支援医療の対象とし、負担上限月額を2万円としている経過的特例
- 2 育成医療の中間所得層（市町村民税所得割額<23万5千円）の方については、負担上限月額を市町村民税所得割3万3千円未満の世帯は5千円、市町村民税所得割3万3千円以上23万5千円未満の世帯は1万円としている経過的特例

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
TEL:03-5253-1111(内3057)
E-mail:jiritsuiryou@mhlw.go.jp

障精発 0327 第 1 号
令和 8 年 3 月 27 日

各

都道府県
指定都市
中核市

 障害保健福祉主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長
(公 印 省 略)

自立支援医療受給者証への加入医療保険情報の印字の省略について

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）に基づく自立支援医療については、「自立支援医療費の支給認定について」（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）により実施されているところであるが、令和 7 年の地方分権改革に関する提案募集において、自立支援医療受給者証（以下「受給者証」という。）への加入医療保険情報の印字の省略が提案されたところである。

当該提案に対する対応としては下記のとおり取り扱うこととして差し支えないので、貴職におかれては御了知のうえ、貴管内市町村を含め関係者及び関係団体に対する周知方について配慮願いたい。

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

受給者証を発行する実施主体において、受給者証への「加入医療保険の記号・番号」の印字を省略しても実務において支障は生じないと判断した場合は、当該印字を省略しても差し支えない。

なお、当該印字を省略する場合は、当該欄を空欄にする以外にも、※や斜線を引く等任意の方法で記載を省略したことがわかるようにするなど、実務に影響がないよう配慮することが望ましい。

事 務 連 絡
令和 8 年 3 月 31 日

各都道府県、指定都市
障害保健福祉主管部（局）御中

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課

「マイナ保険証施行に伴う自立支援医療費の支給認定に係る取扱いについて」の
一部改正について

自立支援医療の事務の実施につきまして、平素より御尽力いただき御礼申し上げます。

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）に基づく自立支援医療については、「自立支援医療費の支給認定について」（平成 18 年 3 月 3 日障発 0303002 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）を参考に支給認定が行われているところです。

被保険者証情報の確認における有効期限が切れた被保険者証の取扱いについて、「マイナ保険証施行に伴う自立支援医療費の支給認定に係る取扱いについて」（令和 6 年 4 月 5 日事務連絡）を別添新旧対照表のとおり一部改正し、令和 8 年 3 月 31 日から適用することとしたので、支給認定の適正な実施を図られるようお願いします。

なお、各都道府県担当者におかれましては、管内市町村担当者に本事務連絡を周知していただくようお願いします。

○ マイナ保険証施行に伴う自立支援医療費の支給認定に係る取扱いについて(令和6年4月5日付け事務連絡)

【新旧対照表】

(下線部が変更部分)

改正後	現行
<p style="text-align: center;">事務連絡 令和6年4月5日 一部改正 令和7年11月28日 一部改正 令和8年3月31日</p>	<p style="text-align: center;">事務連絡 令和6年4月5日 一部改正 令和7年11月28日</p>
各都道府県、指定都市	各都道府県、指定都市
障害保健福祉主管部(局)御中	障害保健福祉主管部(局)御中
<p style="text-align: center;">厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課</p>	<p style="text-align: center;">厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課</p>
<p>マイナ保険証施行に伴う自立支援医療費の支給認定に係る取扱いについて (略)</p>	<p>マイナ保険証施行に伴う自立支援医療費の支給認定に係る取扱いについて (略)</p>
記	記
1・2(略)	1・2(略)
3 留意事項	3 留意事項
<p>(1) 受診者の属する「世帯」の世帯員が加入する医療保険の確認について 1及び2の方法と同様に取り扱うこととして差し支えない。</p> <p>(2) 有効期限が切れた健康保険証の写しの提出があった場合について 有効期限が切れた健康保険証については、「健康保険証の有効期限切れに伴う暫定的な取扱いに関する疑義解釈資料の送付について」(令和7年6月27日厚生労働省保険局医療課・医療介護連携政策課事務連絡)において健康保険証の有効期限切れに伴う暫定的な取扱いが示されたことに伴い、有効期限が切れた健康保険証の写しの提出があった場合は1及び2の方法や券面情報を利用する等して、資格確認を行うこと。</p>	<p>(1) 受診者の属する「世帯」の世帯員が加入する医療保険の確認について 1および2の方法と同様に取り扱うこととして差し支えない。</p> <p>(2) 有効期限が切れた健康保険証の写しの提出があった場合について 有効期限が切れた健康保険証については、「健康保険証の有効期限切れに伴う暫定的な取扱いに関する疑義解釈資料の送付について」(令和7年6月27日厚生労働省保険局医療課・医療介護連携政策課事務連絡)において健康保険証の有効期限切れに伴う暫定的な取扱いが示されたことに伴い、有効期限が切れた健康保険証の写しの提出があった場合は1及び2の方法や券面情報を利用する等して、資格確認を行うこと。</p>

本取扱いは令和8年7月31日までの暫定的な対応とし、それ以降は1及び2の方法で確認を行うこととする。

本取扱いは令和8年3月31日までの暫定的な対応とし、それ以降は1及び2の方法で確認を行うこととする。

事務連絡
令和6年4月5日
一部改正 令和7年11月28日
一部改正 令和8年3月31日

各都道府県、指定都市
障害保健福祉主管部（局）御中

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課

マイナ保険証施行に伴う自立支援医療費の支給認定に係る取扱いについて

自立支援医療の事務の実施につきまして、平素より御尽力いただき御礼申し上げます。
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。）に基づく自立支援医療については、「自立支援医療費の支給認定について」（平成18年3月3日障発0303002 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「通知」という。）を参考に支給認定が行われているところですが、令和6年12月に予定されているマイナンバーカードと健康保険証の一体化により、健康保険証が廃止となることから、被保険者証情報の確認（以下「資格確認」という。）について、下記のとおり取り扱うこととしたので、支給認定の適正な実施を図られるようお願いいたします。

なお、各都道府県担当者におかれましては、管内市町村担当者に本事務連絡を周知していただくようお願いいたします。

記

1 受給者の資格確認について

原則、受給者のマイナンバーを利用し、情報提供ネットワークシステムを通じて資格確認を行うこと。

2 1による方法を取れない場合の対応について

それぞれの自治体の実情に応じて、次の(1)から(3)に掲げる方法にて資格確認を行うこととしても差し支えない。

(1) 受給者がマイナンバーカードの健康保険証利用登録（以下「マイナ保険証」という。）

をしている場合

「マイナ保険証」を掲示させるとともに、自身のスマートフォン等の端末によりマイナポータルにアクセスして、医療保険者の資格情報の画面もしくはデータを印字したものを提出してもらうことにより資格確認を行うこと。

(2) 受給者が「マイナ保険証」を保有していない場合

受給者が加入する医療保険の保険者から交付された「資格確認書」の写しを提出してもらうことにより資格確認を行うこと。

(3) (1)、(2)による方法で資格確認ができない場合

受給者が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」等を確認すること。

3 留意事項

(1) 受診者の属する「世帯」の世帯員が加入する医療保険の確認について

1及び2の方法と同様に取り扱うこととして差し支えない。

(2) 有効期限が切れた健康保険証の写しの提出があった場合について

有効期限が切れた健康保険証については、「健康保険証の有効期限切れに伴う暫定的な取扱いに関する疑義解釈資料の送付について」（令和7年6月27日厚生労働省保険局医療課・医療介護連携政策課事務連絡）において健康保険証の有効期限切れに伴う暫定的な取扱いが示されたことに伴い、有効期限が切れた健康保険証の写しの提出があった場合は1及び2の方法や券面情報を利用する等して、資格確認を行うこと。

本取扱いは令和8年7月31日までの暫定的な対応とし、それ以降は1及び2の方法で確認を行うこととする。

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 TEL:03-5253-1111(内3057) E-mail:jiritsuiryou@mhlw.go.jp
--