

指定自立支援医療機関（更生医療）  
意見書作成について



福島県保健福祉部障がい福祉課  
福島県障がい者総合福祉センター  
令和2年11月



## はじめに

日頃より、福島県の障がい者医療・福祉の推進に御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。

自立支援医療（更生医療）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（以下「障害者総合支援法」といいます。）』に基づいて行われるもので、治療開始予定日以前に患者さんが市町村の担当窓口申請する必要があります。市町村では、福島県障がい者総合福祉センター（福島県の身体障害者更生相談所、以下「センター」といいます。）の判定が必要なものについて、センターに判定を依頼し、センターでは判定依頼の内容を確認後、公立大学法人福島県立医科大学の協力を仰ぎ、審査医の先生方に医学的審査を依頼し、この医学的審査の結果を基に自立支援医療（更生医療）の要否を判定しています。

このようにセンターで判定依頼を受領し、内容確認・医学的審査を経て結果が出るまでには約1か月を要します。内容確認の段階で、意見書に記入漏れや不備がある場合には、追加記入や訂正を指定自立支援医療機関（以下「医療機関」といいます。）の皆様にお願ひすることとなるため、さらに時間を要してしまいます。判定及び市町村での支給認定が遅れますと、患者さんの不利益となるだけでなく、医療機関においても事務増加やレセプト請求の遅れ等の影響が懸念されます。

本冊子は、平成30年度に初めて作成して以来、修正等をしてまいりました。今回は、障害者総合支援法施行規則の一部を改正する省令の公布及び施行に伴い、『「自立支援医療費の支給認定について」の一部改正について』の一部改正により、各種様式の改正（性別欄の削除）があったため、これに沿って加筆・修正を行いました。

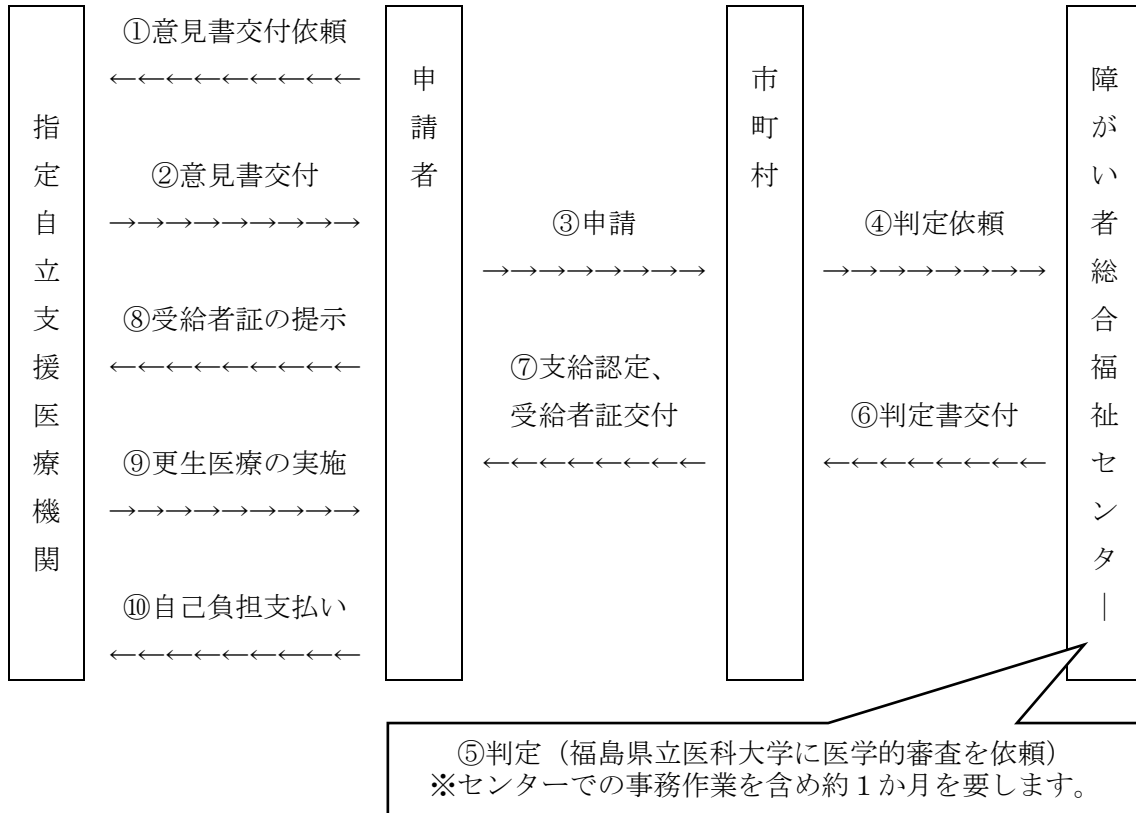
令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の拡大防止等の対応が必要となり、指定自立支援医療機関の皆様におかれましては、これまで以上に忙しく、御苦勞が多いことと思ひます。本冊子を参考に意見書を作成いただき、自立支援医療（更生医療）の判定・支給認定・利用がスムーズに進みますよう、皆様の御協力をお願いいたします。

令和2年11月

福島県保健福祉部障がい福祉課

福島県障がい者総合福祉センター

【参考】更生医療の申請から給付までの流れ



## 目次

	ページ
はじめに	1
肢体不自由	4
心臓機能障がい	8
じん臓機能障がい（腎移植術・免疫抑制療法）	12
じん臓機能障がい（入院・人工透析療法）	16
じん臓機能障がい（通院、人工透析療法）	20
肝臓機能障がい	24
免疫機能障がい	28
その他の障がい	32
医療機関の皆様へのお願い	36
参考資料	
・ 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程 （平成18年2月28日 厚生労働省告示第65号）	37
・ 自立支援医療費の支給認定について（平成18年3月3日付け障発 第0303002号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知） ※育成医療・精神医療を除く	40
・ 福島県自立支援医療（更生医療）支給認定に係る判定事務取扱要領	57
・ 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に基づく 自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定等事務処理要領	84
自立支援医療（更生医療）の意見書作成に関するQ & A	108



**対象となる障がいの状態と医療内容**

- 麻痺による障がい → 理学療法、作業療法、言語療法、装具療法
- 関節拘縮、強直、変形 → 関節固定術、関節形成術、人工関節置換術、骨切り術、理学療法
- 不良切断端 → 義肢装着のための断端形成術、断端延長術

**支給認定の範囲**

- 術前の自己血貯血は、通院に続く入院と合わせて最長90日間です。
- 術後のリハビリテーションは、通院で最長180日間です。

**【申請の区分】** 該当する区分を○で囲んでください。

- 1 新規 新たに自立支援医療（更生医療）の認定を申請する場合は。
- 2 再認定 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を申請する場合は。
- 3 変更 支給認定の有効期間内において、医療の具体的方針の変更を申請する場合は。

**【原傷病名】** 障がいの原因となった傷病名を記入してください。

**【治療経過】** 症状の経過及び診断・治療（既手術等）の内容とその日付を記入してください。

**【障がいの現症】** 機能障がいの状況（関節の可動域の状態、筋力、変形や拘縮の有無や部位、疼痛の有無、姿勢保持・歩行状態、日常生活動作等について、検査データを用いる等して、できるだけ具体的に、詳しく記入してください。

**【医療の具体的方針】** 該当する区分を○で囲むとともに「手術の内容」の該当する部分にチェックを記入し、対象部位、治療内容、リハビリテーションの内容等を具体的に記入してください。

**【治療の形態】** 該当する区分を○で囲んでください。入院中に障がいの軽減または除去を目的とする手術を予定している場合は、「手術予定日」欄に日付を記入してください。

**【治療予定期間】** 治療予定期間を記入してください。1回の申請で認められる支給認定期間は、原則3か月以内です。術前の自己血貯血は、通院に続く入院と合わせて最長90日間、術後のリハビリテーションは、通院で最長180日間認められます。

**【治療効果見込み】** 治療後における障がいの回復状況の見込み、リハビリテーションで期待できる効果等を記入してください。

項目	1か月目	2か月目	3か月目				合計
入院(再診)料	600,000	700,000	700,000				2,000,000
手術料	1,500,000	0	0				1,500,000
投薬料	0	0	0				0
注射料	5,000	0	0				5,000
処置料	0	0	0				0
検査料	20,000	0	0				20,000
画像診断料	0	0	0				0
リハビリテーション	60,000	70,000	70,000				200,000
その他	10,000	0	0				10,000
合計	2,195,000	770,000	770,000				3,735,000

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表より行うこと。(食事療養の費用を除く。)  
 高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
 ※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

食事療養費は除きます。

上記のとおり診断します。治療予定期間の開始日以前の日付であることを確認してください。

○年 ○月 ○日

指定自立支援医療機関名 ○○病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ( )

担当医師名 ○○○○ 印

\* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

更生医療を主として担当すると承認された医師であることを確認してください。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意してください。)

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

更生医療を主として担当すると承認された医師の私印を押印してください。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日
再 審 査 結 果	1 適 当    2 不 適 当
	【不適當の理由】
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日



**【医療費概算額】** 更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位で記入してください。いずれの項目も、更生医療に算定できるのは、肢体不自由の障がいの除去・軽減を目的とする治療にかかる費用のみです。

- ・入院（再診）料  他の疾患の治療を主目的とした入院の場合は、更生医療に算定できません。
- ・手術料  他の疾患の治療を目的とした手術は、更生医療に算定できません。
- ・投薬料  肢体不自由の障がいの除去・軽減のための治療の薬剤について記入してください。他の疾患（逆流性食道炎、不眠症、便秘症等）の治療薬は更生医療に算定できません。
- ・注射料  肢体不自由の障がいの除去・軽減のための注射は更生医療に算定できませんが、他の疾患の治療を目的とした注射は更生医療に算定できません。
- ・リハビリテーション  術後のリハビリテーションは、通院で最長180日間認められます。
- ・その他  各欄に該当しない費用で、更生医療に算定する場合に記入してください。内容について、前面の「医療の具体的方針」の欄または「医療費概算額」の空欄に記入してください。

**【記名・押印】** 指定自立支援医療機関で、更生医療を主として担当すると承認された医師が記名、押印（私印）してください。日付は、前面の治療予定期間の開始日より前（遅くても同日）の日付であることを確認してください。診断日以前の治療は、更生医療の対象にならないことに留意してください。



### 支給対象者

- 心臓機能障がい者であって手術または心臓移植術により心臓機能障がいの軽減または除去がはかられ、将来確実に生活能力の回復の見込みのあるもの。
- 概ね3か月程度の医療で相当確実な治療効果を期待できるもの。

### 支給認定の範囲

- 心臓疾患に対する手術及びこれに伴う医療に限ります。
- 手術が前提であるため、内科的治療（例えば術後の長期に渡るジギタリス剤の投与等）は適用外です。
- 術後の感染症に対する薬物治療は同一入院期間内で適応となります。
- 心臓移植後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療を認めます。

【申請の区分】該当する区分を○で囲んでください。

- 1 新規 新たに自立支援医療（更生医療）の認定を申請する場合は。
- 2 再認定 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を申請する場合は。
- 3 変更 支給認定の有効期間内において、医療の具体的方針の変更を申請する場合は。

【原傷病名】障がいの原因となった傷病名を記入してください。

【治療経過】症状の経過及び診断・治療（既手術等）の内容とその日付を記入してください。

### 【現 症】

- 臨床所見 動悸、息切れ、呼吸困難、胸痛、浮腫、収縮期心雑音等の有無や状態をできるだけ具体的に記入してください。
- 胸部X線所見 心胸係数を記入してください。
- 心電図所見 心電図による所見を記入してください。

【医療の具体的方針】該当する区分を○で囲むとともに、「手術の内容」の該当する部分にチェックし、手術種別を○で囲んでください。

また、治療内容・方針等を下欄に具体的に記入してください。

なお、手術が前提のため、内科的治療（術後長期にわたるジギタリス剤の投与等）は更生医療の適用外となります。

【治療の形態】該当する区分を○で囲んでください。入院中に障がいの軽減または除去を目的とする手術を予定している場合は、「手術予定日」欄に日付を記入してください。

【治療予定期間】治療予定期間を記入してください。1回の申請で認められる治療期間は、入院の場合は3か月までです。手術後の抗凝固療法、心臓移植後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療が認められます。

【治療効果見込み】治療後における障がいの回復状況の見込みを記入してください。

項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
入院(再診)料	800,000	800,000	800,000	2,400,000
手術料	5,000,000	0	0	5,000,000
投薬料 (院外処方:有・無)	0	0	0	0
注射料	0	0	0	0
処置料	0	0	0	0
検査料	20,000	20,000	20,000	60,000
画像診断料	0	0	0	0
リハビリテーション	0	0	0	0
その他	0	0	0	0
合計	5,820,000	820,000	820,000	7,460,000

医療費概算額(円)  
(\*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入)

通院の場合、院外処方の有無に○を記入してください。

食事療養費は除きます。

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)  
高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します。治療予定期間の開始日以前の日付であることを確認してください。

○年 ○月 ○日

指定自立支援医療機関名 ○○病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ( )

担当医師名 ○○○○

印

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

更生医療を主として担当すると承認された医師であることを確認してください。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意してください。)

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

更生医療を主として担当すると承認された医師の私印を押印してください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学    印
審 査 年 月 日	年    月    日

再 審 査 結 果	1 適 当    2 不 適 当
	【不相当の理由】
	重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学    印
審 査 年 月 日	年    月    日

**【医療費概算額】** 更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位で記入してください。いずれの項目も、更生医療に算定できるのは、心臓機能障がい<sup>の</sup>除去・軽減を目的とする治療にかかる費用のみです。

- ・入院（再診）料      他の疾患の治療を目的とした入院の場合は、更生医療に算定できません。
- ・手術料                      他の疾患の治療を目的とした手術は、更生医療に算定できません。
- ・投薬料                      院外処方<sup>の有無を○で囲んでください。</sup>。心臓機能障がい<sup>の</sup>除去・軽減のための薬剤は更生医療に算定できますが、他の疾患（逆流性食道炎、不眠症、便秘症等）の治療薬は更生医療に算定できません。
- ・注射料                      心臓機能障がい<sup>の</sup>除去・軽減のための注射は、更生医療に算定できますが、他の疾患の治療を目的とした注射は更生医療に算定できません。
- ・リハビリテーション      入院による廃用症候群の回復等のためのリハビリテーション（歩行訓練等）は更生医療に算定できません。
- ・その他                      各欄に該当しない費用で、更生医療に算定するものについて記入してください。内容について、前面の「医療の具体的方針」の欄または「医療費概算額」の空欄に記入してください。

**【記名・押印】** 指定自立支援医療機関で、更生医療を主として担当すると承認された医師が記名、押印（私印）してください。日付は、前面の治療予定期間の開始日より前（遅くとも同日）の日付であることを確認してください。診断日以前の治療は、更生医療の対象にならないことに留意してください。

# じん臓機能障がい（腎移植術・免疫抑制療法）

（様式第2号の3）

## 自立支援医療(更生医療)意見書(じん臓機能障がい用)

申請の区分	1 新規      2 再認定      3 変更		
氏名	福島太郎	生年月日	○年○月○日生
住所	○○市○○町○○		
原傷病名	○○○による慢性腎不全		
治療経過	年月日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容	
	○年○月○日	慢性腎不全と診断される。	
	○年○月○日	慢性腎不全の進行により、血液透析導入となる。	
	透析療法	血液透析	○年○月○日開始
		腹膜透析	年 月 日開始
	腎臓移植	年 月 日実施 < 生体腎移植 献腎移植 >	
現症	※ 身体障害者手帳と同時申請の場合は、手帳の診断書の写しを添付すれば記載不要。		
	じん臓機能	内因性クレアチンクリアランス値 (      ml/分 ・ 測定不能 ・ 未実施 )	
		血清クレアチニン濃度 (      ○ mg/dl )	血清尿素窒素濃度 (      ○ mg/dl )
		水分電解質 ( Na ○ mEq/l 、 K ○ mEq/l 、 Ca ○ mg/dl 、 P ○ mg/dl )	
臨床症状	現在、維持透析を施行している。		
その他の検査所見	【胸部X線、眼底検査、心電図検査】の所見で参考となるもの ○○○○		
医療の具体的方針	1 血液透析 ( 週 回 )      2 腹膜透析		
	3 じん臓移植術 < 生体腎移植 献腎移植 >      4 免疫抑制療法及び移植腎機能検査		
	5 その他		
	【治療内容・方針・投薬内容等を具体的に記入すること】 ○年○月○日、生体腎移植を施行予定である。 移植後は、抗免疫療法及び移植腎機能検査を実施する予定である。		
入院治療を要する場合の理由	【入院の主病名、症状等】 上記手術の施行及び抗免疫療法を開始し、経過を管理する必要があるため。		
	手術名	生体腎移植術	手術予定日      ○年○月○日
治療の形態	1 入院      2 通院 ( 週 回または月 回 )		
治療予定期間	○年○月○日 から ○年○月○日まで ( ○○ 日間 )		
治療効果見込み	腎移植後は、人工透析療法から離脱し、拒絶反応の抑制により、日常生活能力の回復が見込まれる。		

裏面へ続く

(R2. 7)

**支給対象者**

じん臓機能障がいのうち、保存的療法で尿毒症症状の改善ができない者であって、人工透析療法又はじん臓移植術によりじん臓機能の障がい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。

**支給認定の範囲**

- 人工透析療法（血液透析、腹膜透析）
- じん臓移植術及び免疫抑制療法
- じん臓機能障がいに対する人工透析療法、じん臓移植術に伴う医療に限ります。
- 腎不全を招来した原疾患に対する治療は適用外です。
- 人工透析療法とじん臓移植後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療を認めます。

**【申請の区分】** 該当する区分を○で囲んでください。

- 1 新規 新たに自立支援医療（更生医療）の認定を申請する場合です。
- 2 再認定 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を申請する場合です。
- 3 変更 支給認定の有効期間内において、医療の具体的方針の変更を申請する場合です。

**【原傷病名】** 障がいの原因となった傷病名を記入してください。

**【治療経過】** 症状の経過及び診断・治療（既手術等）の内容、透析療法の開始日、腎臓移植の実施日を記入してください。

**【現 症】** じん臓機能に関する検査数値、臨床症状、その他の検査所見を記入してください。

**【医療の具体的方針】** 該当する区分を○で囲むとともに、治療内容・方針等を具体的に記入してください。入院治療を要する場合は、入院の主病名、症状等、手術を行う場合は、手術名と手術予定日も記入してください。

**【治療の形態】** 該当する区分を○で囲んでください。入院中に障がいの軽減または除去を目的とする手術を予定している場合は、「手術予定日」欄に日付を記入してください。

**【治療予定期間】** 治療予定期間を記入してください。1回の申請で認められる治療期間は、入院の場合は3か月まで、通院の場合は1年までです。

**【治療効果見込み】** 治療効果の見込みを記入してください。

項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
入院(再診)料	600,000	150,000	150,000	900,000
手術料	2,500,000	0	0	2,500,000
投薬料 (院外処方:有(無))	100,000	50,000	50,000	200,000
注射料	800,000	0	0	800,000
処置料	10,000	0	0	10,000
検査料	100,000	50,000	50,000	200,000
画像診断料	50,000	0	0	50,000
その他	50,000	50,000	50,000	150,000
合計	4,210,000	300,000	300,000	4,810,000

医療費概算額(円)  
(\*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入)

食事療養費は除きます。

院外処方の有無に○を記入してください。

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)  
高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します 治療予定期間の開始日以前の日付であることを確認してください。

○年○月○日

指定自立支援医療機関名 ○○病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ( )

担当医師名 ○○○○ 印

更生医療を主として担当すると承認された医師であることを確認してください。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意してください。)

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

更生医療を主として担当すると承認された医師の私印を押印してください。

**審 査**

審査結果	1 適 当      2 一部対象外      3 不 適 当      4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続      該当 ・ 非該当
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審査年月日	年 月 日

再審査結果	1 適 当      2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続      該当 ・ 非該当
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審査年月日	年 月 日



**【医療費概算額】** 更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位で記入してください。いずれの項目も、更生医療に算定できるのは、じん臓機能障がい<sup>1</sup>の除去・軽減を目的とする治療にかかる費用のみです。

- ・入院（再診）料      他の疾患の治療を目的とした入院の場合は、更生医療に算定できません。
- ・手術料                      他の疾患の治療を目的とした手術は、更生医療に算定できません。
- ・投薬料、注射料      院外処方<sup>2</sup>の有無を○で囲んでください。じん臓機能障がいを引き起こした原疾患（糖尿病等）の治療薬、他の疾患（逆流性食道炎、不眠症、便秘症等）の治療薬は更生医療に算定できません。じん臓機能障がいの更生医療支給対象として想定される投薬料・注射料は「腹膜透析液、抗免疫療法薬剤及びシャントトラブル時の治療薬等」です。
- ・その他                      各欄に該当しない費用で、更生医療に算定する場合に記入してください。内容については、前面の「医療の具体的方針」の欄または「医療費概算額」の空欄に記入してください。  
        なお、入院による廃用症候群の回復等のためのリハビリテーション（歩行訓練等）は更生医療に算定できません。

**【記名・押印】** 指定自立支援医療機関で、更生医療を主として担当すると承認された医師が記名、押印（私印）してください。日付は、前面の治療予定期間の開始日より前（遅くとも同日）の日付を記入してください。診断日以前の治療は、更生医療の対象にならないことに留意してください。

# じん臓機能障がい（入院・人工透析療法）

（様式第2号の3）

## 自立支援医療（更生医療）意見書（じん臓機能障がい用）

申請の区分	① 新規      2 再認定      3 変更		
氏名	福島花子	生年月日	○年○月○日生
住所	○○市○○町○○		
原傷病名	○○○による慢性腎不全		
治療経過	年月日	症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容	
	○年○月頃	シャント造設	
	○年○月	血液透析導入となる。	
	透析療法	血液透析	○年○月○日開始
		腹膜透析	年 月 日開始
腎臓移植	年 月 日実施 < 生体腎移植 献腎移植 >		
現症	※ 身体障害者手帳と同時申請の場合は、手帳の診断書の写しを添付すれば記載不要。		
	じん臓機能	内因性クレアチンクリアランス値（      ml/分・測定不能・未実施）	
		血清クレアチニン濃度（      ○ mg/dl）	血清尿素窒素濃度（      ○ mg/dl）
		水分電解質（Na ○ mEq/l、 K ○ mEq/l、 Ca ○ mg/dl、 P ○ mg/dl）	
臨床症状	現在、維持透析を施行しているが、○年○月○日に透析シャントの閉塞を認めた。		
その他の検査所見	【胸部X線、眼底検査、心電図検査等の所見で参考となるもの】		
医療の具体的方針	① 血液透析（週3回）      ② 腹膜透析		
	③ じん臓移植術 < 生体腎移植 献腎移植 >      ④ 免疫抑制療法及び移植腎機能検査		
	⑤ その他		
	【治療内容・方針・投薬内容等を具体的に記入すること】		
	○年○月○日にシャント閉塞に対して、経皮的シャント拡張術を施行予定である。		
入院治療を要する場合の理由	【入院の主病名、症状等】 上記手術を施行し、術後の管理をする必要があるため。		
手術名	経皮的シャント拡張術	手術予定日	○年○月○日
治療の形態	① 入院      ② 通院（週 回または月 回）		
治療予定期間	○年○月○日から      ○年○月○日まで（○○日間）		
治療効果見込み	じん臓機能障がいの症状が軽減、除去され、日常生活能力の回復が見込まれる。		

裏面へ続く

(R2. 7)

**支給対象者**

じん臓機能障がいのうち、保存的療法で尿毒症症状の改善ができない者であって、人工透析療法又はじん臓移植術によりじん臓機能の障がい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。

**支給認定の範囲**

- 人工透析療法（血液透析、腹膜透析）
- じん臓移植術及び免疫抑制療法
- じん臓機能障がいに対する人工透析療法、じん臓移植術に伴う医療に限ります。
- 腎不全を招来した原疾患に対する治療は適用外です。
- 人工透析療法とじん臓移植後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療を認めます。

**【申請の区分】** 該当する区分を○で囲んでください。

- 1 新規 新たに自立支援医療（更生医療）の認定を申請する場合は。
- 2 再認定 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を申請する場合は。
- 3 変更 支給認定の有効期間内において、医療の具体的方針の変更を申請する場合は。

**【原傷病名】** 障がいの原因となった傷病名を記入してください。

**【治療経過】** 症状の経過及び診断・治療（既手術等）の内容、透析療法の開始日、腎臓移植の実施日を記入してください。

**【現 症】** じん臓機能に関する検査数値、臨床症状、その他の検査所見を記入してください。

**【医療の具体的方針】** 該当する区分を○で囲むとともに、治療内容・方針等を具体的に記入してください。

**【治療の形態】** 該当する区分を○で囲んでください。入院中に障がいの軽減または除去を目的とする手術を予定している場合は、「手術予定日」欄に日付を記入してください。

**【治療予定期間】** 治療予定期間を記入してください。1回の申請で認められる治療期間は、入院の場合は3か月まで、通院の場合は1年までです。

**【治療効果見込み】** 治療効果の見込みを記入してください。

項 目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
入院(再診)料	60,000	0	0	60,000
手術料	230,000	0	0	230,000
投薬料 (院外処方:有 <del>無</del> )	10,000	0	0	10,000
注射料	0	0	0	0
処置料	50,000	0	0	50,000
検査料	0	0	0	0
画像診断料	0	0	0	0
その他	0	0	0	0
合 計	350,000	0	0	350,000

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。) 高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

主たる入院理由が他疾患の場合、入院料は算定できません。

院外処方の有無に○を記入してください。

医療費概算額(円) (\*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入)  
食事療養費は除きます。

上記のとおり診断します 治療予定期間の開始日以前の日付であることを確認してください。

○年○月○日

指定自立支援医療機関名 ○○病院  
所在地 ○○市○○町○○  
電話番号 ( )  
担当医師名 ○○○○

更生医療を主として担当すると承認された医師であることを確認してください。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意してください。)

印

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

更生医療を主として担当すると承認された医師の私印を押印してください。

審 査	
審査結果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査 【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】 重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学    印
審査年月日	年 月 日
再審査結果	1 適 当    2 不 適 当 【不適當の理由】 重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学    印
審査年月日	年 月 日

【医療費概算額】 更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位で記入してください。いずれの項目も、更生医療に算定できるのは、じん臓機能障がい<sup>1</sup>の除去・軽減を目的とする治療にかかる費用のみです。

- ・入院（再診）料  他の疾患の治療を目的とした入院の場合は、更生医療に算定できません。
  
- ・手術料  他の疾患の治療を目的とした手術の場合は、更生医療に算定できません。
  
- ・投薬料、注射料  院外処方<sup>2</sup>の有無を○で囲んでください。じん臓機能障がいを引き起こした原疾患（糖尿病等）の治療薬、他の疾患（逆流性食道炎、不眠症、便秘症等）の治療薬は更生医療に算定できません。じん臓機能障がいの**更生医療支給対象として想定される投薬料・注射料は、「腹膜透析液、抗免疫療法薬剤及びシャントトラブル時の治療薬等」**です。
  
- ・その他  各欄に該当しない費用で、更生医療に算定する場合に記入してください。内容については、前面の「医療の具体的方針」の欄または「医療費概算額」の空欄に記入してください。  
  なお、入院による廃用症候群の回復等のためのリハビリテーション（歩行訓練等）は更生医療に算定できません。

【記名・押印】 指定自立支援医療機関で、更生医療を主として担当すると承認された医師が記名、押印（私印）してください。日付は、前面の治療予定期間の開始日より前（遅くとも同日）の日付を記入してください。診断日以前の治療は、更生医療の対象にならないことに留意してください。

# じん臓機能障がい（通院・人工透析療法）

（様式第2号の3）

## 自立支援医療（更生医療）意見書（じん臓機能障がい用）

申請の区分	<input checked="" type="radio"/> 1 新規 <input type="radio"/> 2 再認定 <input type="radio"/> 3 変更			
氏名	福島花子	生年月日	○年○月○日生	
住所	○○市○○町○○ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; font-size: small;">                     障がいに至る原疾患名も記入してください。                      例： 糖尿病、IgA腎症など                 </div>			
原傷病名	○○○による慢性腎不全			
治療経過	年月日	症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容		
	○年○月○日	慢性腎不全と診断		
	○年○月○日	左前腕内シャント造設術		
	透析療法	血液透析	○年○月○日開始	
		腹膜透析	年 月 日開始	
腎臓移植	年 月 日実施 < 生体腎移植 献腎移植 >			
現症	※ 身体障害者手帳と同時申請の場合は、手帳の診断書の写しを添付すれば記載不要。			
	じん臓機能	内因性クレアチンクリアランス値（ ○ ml/分・測定不能・未実施 ）		
		血清クレアチニン濃度（ ○ mg/dl ）	血清尿素窒素濃度（ ○ mg/dl ）	
		水分電解質（Na ○ mEq/l、 K ○ mEq/l、 Ca ○ mg/dl、 P ○ mg/dl）		
	臨床症状	慢性腎不全による全身倦怠感、食思不振の尿毒症症状あり。		
その他の検査所見	【胸部X線、眼底検査、心電図検査等の所見で参考となるもの】 胸部Xp: 両 肺水腫 胸水貯留			
医療の具体的方針	<input checked="" type="radio"/> 1 血液透析（週3回） <input type="radio"/> 2 腹膜透析 <input type="radio"/> 3 じん臓移植術 < 生体腎移植 献腎移植 > <input type="radio"/> 4 免疫抑制療法及び移植腎機能検査 <input type="radio"/> 5 その他			
	【治療内容・方針・投薬内容等を具体的に記入すること】			
	慢性腎不全に対し、透析療法導入となり、今後も定期通院にて血液透析を継続する。院外処方薬は、高リン血症に○○○○（薬剤名）、高カリウム血症に○○○○、高血圧症に○○○○を処方している。			
	入院治療を要する場合の理由	【入院の主病名、症状等】		
手術名		手術予定日	年 月 日	
治療の形態	1 入院 <input checked="" type="radio"/> 2 通院（週3回または月 回）			
治療予定期間	○年○月○日から ○年○月○日まで（○○日間）			
治療効果見込み	じん臓機能障がいの症状が軽減、除去され、日常生活能力の回復が見込まれる。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; font-size: small;">                     身体障害者手帳交付日以降の日付であることを確認してください。                 </div>			

裏面へ続く

(R2. 7)

### 支給対象者

じん臓機能障がいのうち、保存的療法で尿毒症症状の改善ができない者であって、人工透析療法又はじん臓移植術によりじん臓機能の障がい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。

### 支給認定の範囲

- 人工透析療法（血液透析、腹膜透析）
- じん臓移植術及び免疫抑制療法
- じん臓機能障がいに対する人工透析療法、じん臓移植術に伴う医療に限ります。
- 腎不全を招来した原疾患に対する治療は適用外です。
- 人工透析療法とじん臓移植後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療を認めます。

【申請の区分】該当する区分を○で囲んでください。

- 1 新規 新たに自立支援医療（更生医療）の認定を申請する場合は。
- 2 再認定 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を申請する場合は。
- 3 変更 支給認定の有効期間内において、医療の具体的方針の変更を申請する場合は。

【原傷病名】障がいの原因となった傷病名を記入してください。

【治療経過】症状の経過及び診断・治療（既手術等）の内容、透析療法の開始日、腎臓移植の実施日を記入してください。

【現 症】じん臓機能に関する検査数値、臨床症状、その他の検査所見を記入してください。

【医療の具体的方針】該当する区分を○で囲むとともに、治療内容・方針等を具体的に記入してください。

【治療の形態】該当する区分を○で囲んでください。入院中に障がいの軽減または除去を目的とする手術を予定している場合は、「手術予定日」欄に日付を記入してください。

【治療予定期間】治療予定期間を記入してください。1回の申請で認められる治療期間は、入院の場合は3か月まで、通院の場合は1年までです。

【治療効果見込み】治療効果の見込みを記入してください。

項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
入院(再診)料	9,490			9,490
手術料	0			0
投薬料 (院外処方薬料のみ)	680			680
注射料	0			0
処置料	401,100			401,100
検査料	0			0
画像診断料	0			0
その他	0			0
合計	411,270	0	0	411,270

院外処方の有無に○を記入してください。

医療費概算額(円)  
(\*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入)

食事療養費は除きます。

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)  
高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します 治療予定期間の開始日以前の日付であることを確認してください。

○年○月○日

指定自立支援医療機関名 ○○病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ( )

担当医師名 ○○○○ 印

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

更生医療を主として担当すると承認された医師であることを確認してください。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意してください。)

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

更生医療を主として担当すると承認された医師の私印を押印してください。

審 査	
1 適 当	2 一部対象外
3 不 適 当	4 再 審 査
【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】	
審査結果	重度かつ継続 該当 ・ 非該当
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審査年月日	年 月 日

1 適 当	2 不 適 当
【不適當の理由】	
再審査結果	重度かつ継続 該当 ・ 非該当
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審査年月日	年 月 日



【医療費概算額】 更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位で記入してください。いずれの項目も、更生医療に算定できるのは、じん臓機能障がいの除去・軽減を目的とする治療にかかる費用のみです。

- ・入院（再診）料      他の疾患の治療を目的とした入院の場合は、更生医療に算定できません。
- ・手術料                      他の疾患の治療を目的とした手術の場合は、更生医療に算定できません。
- ・投薬料、注射料      院外処方の有無を○で囲んでください。じん臓機能障がいを引き起こした原疾患（糖尿病等）の治療薬、他の疾患（逆流性食道炎、不眠症、便秘症等）の治療薬は更生医療に算定できません。じん臓機能障がいの**更生医療支給対象として想定される投薬料・注射料は、「腹膜透析液、抗免疫療法薬剤及びシャントトラブル時の治療薬等」**です。  
    現在、センターでは、意見書に投薬料、注射料が計上されている場合は、医療機関に投薬料・注射料の詳細な内容を確認していますので、処方する薬剤名及びそれに対応する病名を前ページ「医療の具体的方針」欄、又は参考様式（P 8 1 参照）、若しくはこれと同様のもの（処方箋の写しの薬剤名の横に病名を記入したもの等）に記入し、更生医療を主として担当する医師の記名・押印をお願いします。
- ・その他                      各欄に該当しない費用で、更生医療に算定する場合に記入してください。内容については、前面の「医療の具体的方針」の欄または「医療費概算額」の空欄に記入してください。  
    なお、入院による廃用症候群の回復等のためのリハビリテーション（歩行訓練等）は更生医療に算定できません。

【記名・押印】 指定自立支援医療機関で、更生医療を主として担当すると承認された医師が記名、押印（私印）してください。日付は、前面の治療予定期間の開始日より前（遅くとも同日）の日付を記入してください。診断日以前の治療は、更生医療の対象とならないことに留意してください。

# 肝臓機能障がい

(様式第2号の4)

## 自立支援医療(更生医療)意見書(肝臓機能障がい用)

申請の区分	1 新規	<input checked="" type="radio"/> 2 再認定	3 変更	
氏名	福島太郎	生年月日	○年○月○日生	
住所	○○市○○町○○			
原傷病名	C型肝炎、非代償性肝硬変			
治療経過	年月日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容		
	○年○月○日	C型肝炎の診断		
	○年○月○日	生体肝移植術施行		
	肝臓移植	○年○月○日実施 < <input checked="" type="radio"/> 生体肝移植 <input type="radio"/> 献体肝移植 >		
	免疫抑制療法	年 月 日開始		
現症	※ 身体障害者手帳と同時申請の場合は、手帳の診断書の写しを添付すれば記載不要。			
	肝機能	肝性脳症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	
		腹水	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度以上 (概ね 0)	
		血清アルブミン値 ( ○ g/dl)	プロトロンビン時間 ( ○ %)	血清総ビリルビン値 ( ○ mg/dl)
		血中アンモニア濃度 ( ○ μg/dl)	血小板数 ( ○ /mm <sup>3</sup> )	
		※肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンボジウム(1981年)による。		
	※腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね10以上を軽度、30以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。			
臨床症状	○年○月○日に生体肝移植を実施した。術後より免疫抑制療法を開始している。以後、外来通院にて免疫抑制療法施行中。			
障害の変動に関する因子	180日以上アルコールを摂取していない	<input checked="" type="radio"/> ○ <input type="radio"/> × >		
	改善の可能性がある積極的治療を実施	<input checked="" type="radio"/> ○ <input type="radio"/> × >		
医療の具体的方針	1 肝臓移植術 < 生体肝移植 献体肝移植 > <input checked="" type="radio"/> 2 免疫抑制療法及び移植肝機能検査			
	3 その他			
	【治療内容・方針等を具体的に記入すること】 定期外来通院にて、生体肝移植術施行後の免疫抑制剤の継続投与と移植肝機能検査を行う。			
入院治療を要する場合の理由	【入院の主病名、症状等】			
治療の形態	1 入院	<input checked="" type="radio"/> 2 通院 ( 週 回または月 ○ 回 )	手術予定日 年 月 日	
治療予定期間	○年○月○日から ○年○月○日まで ( ○○日間)			
治療効果見込み	免疫抑制療法継続により、拒絶反応の抑制、日常生活能力の維持が見込まれる。 身体障害者手帳交付日以降の日付であることを確認してください。			

裏面へ続く

(R2. 7)

**支給対象者**

肝臓疾患により肝臓機能に障がいをもつ身体障がい者であって、肝臓移植術により肝臓機能の障がい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。

**支給認定の範囲**

- 肝臓移植術及びこれに伴う医療に限ります。
- 肝臓移植後の免疫抑制療法及び移植肝機能検査
- 肝臓機能障がいを招来した原疾患に対する治療は適用外です。
- 肝臓移植後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療が認められます。

【申請の区分】 該当する区分を○で囲んでください。

- 1 新規 新たに自立支援医療（更生医療）の認定を申請する場合です。
- 2 再認定 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を申請する場合です。
- 3 変更 支給認定の有効期間内において、医療の具体的方針の変更を申請する場合です。

【原傷病名】 障がいの原因となった傷病名を記入してください。

【治療経過】 症状の経過及び診断・治療（既手術等）の内容、肝臓移植の実施日、免疫抑制療法の開始日を記入してください。

**【現 症】**

肝機能 該当する項目にチェックを入れるとともに、検査数値を記入してください。

臨床症状 症状を具体的に記入してください。

障害の変動する因子 該当する項目を○で囲んでください。

【医療の具体的方針】 該当する区分を○で囲むとともに、治療内容・方針等を具体的に記入してください。入院治療を要する場合は、入院の主病名、症状等も記入してください。

【治療の形態】 該当する区分を○で囲んでください。入院中に障がいの軽減または除去を目的とする手術を予定している場合は、「手術予定日」欄に日付を記入してください。

【治療予定期間】 治療予定期間を記入してください。1回の申請で認められる治療期間は、入院の場合は3か月まで、通院の場合は1年までです。

【治療効果見込み】 治療効果の見込みを記入してください。

項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
入院(再診)料	1,000			1,000
手術料	0			0
投薬料 (院外処方(有)無)	80,000			80,000
注射料	0			0
処置料	0			0
検査料	20,000			20,000
画像診断料	0			0
その他	10,000			10,000
				0
合計	111,000	0	0	111,000

医療費概算額(円)  
(\*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入)

食事療養費は除きます。

院外処方の有無に○を記入してください。

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)  
高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します。 治療予定期間の開始日以前の日付であることを確認してください。

○年○月○日

指定自立支援医療機関名 ○○病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ( )

担当医師名 ○○○○ 印

更生医療を主として担当すると承認された医師であることを確認してください。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意してください。)

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日
再 審 査 結 果	1 適 当    2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日

更生医療を主として担当すると承認された医師の私印を押印してください。

**【医療費概算額】** 更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位で記入してください。いずれの項目も、更生医療に算定できるのは、肝臓機能障がい<sup>1</sup>の除去・軽減を目的とする治療にかかる費用のみです。

- ・入院（再診）料      他の疾患の治療を目的とした入院の場合は、更生医療に算定できません。
- ・手術料              他の疾患の治療を目的とした手術の場合は、更生医療に算定できません。
- ・投薬料              院外処方<sup>2</sup>の有無を○で囲んでください。肝臓機能障がいを引き起こした原疾患（C型肝炎、肝硬変等）の治療薬、他の疾患（逆流性食道炎、不眠症、便秘症等）の治療薬は更生医療としては算定できません。
- ・注射料              肝臓機能障がい<sup>1</sup>の除去・軽減のための注射は、更生医療に算定できますが、肝臓機能障がい<sup>1</sup>を引き起こした原疾患の治療薬、合併症の治療薬、他の疾患の治療薬は更生医療に算定できません。
- ・その他              各欄に該当しない費用で、更生医療に算定する場合に記入してください。内容については、前面の「医療の具体的方針」の欄または「医療費概算額」の空欄に記入してください。  
なお、入院による廃用症候群の回復等のためのリハビリテーション（歩行訓練等）は更生医療に算定できません。

**【記名・押印】** 指定自立支援医療機関で、更生医療を主として担当すると承認された医師が記名、押印（私印）してください。日付は、前面の治療予定期間の開始日より前（遅くとも同日）の日付であることを確認してください。診断日以前の治療は、更生医療の対象にならないことに留意してください。

# 免疫機能障がい

(様式第2号の5)

## 自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障がい用)

申請の区分	1 新規 <b>2</b> 再認定    3 変更		
氏名	福島太郎	生年月日	○年 ○月 ○日生
住所	○○市○○町○○		
原傷病名	後天性免疫不全症候群		
治療経過	○年○月より発熱あり、解熱傾向を認めないため精査目的で当院入院。 サイトメガロウイルス感染症によるものと判明。また、HIV陽性であることも判明。 ○年○月○日から当院に入院し、抗HIV療法開始。		
障がいの現症	現在、CD4陽性リンパ球 ○○/μl、HIV-1RNA<○○コピー/mlで治療効果良好である。		
H I V 感 染 症 関 連 合 併 症	<b>【CDCによるAIDS指標疾患に対し治療中であれば、臨床経過及び治療内容を記入すること。】</b>		
	疾 患 名	臨 床 経 過 及 び 治 療 内 容	
	1 カリニ肺炎	サイトメガロウイルス感染症に対して、○月○日より○○○(薬剤名)で治療を開始し、現在は治癒している。	
	2 カンジタ症		
	3 HIV消耗性症候群		
	<b>4</b> サイトメガロウイルス感染症		
	5 活動性結核		
	6 HIV脳症		
	7 カボジ肉腫		
8 その他			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                 該当する項目を○で囲み、経過や治療内容、薬剤名等を記入してください。             </div>			
医療の具体的方針	<b>1</b> 抗HIV療法		
	逆転写酵素阻害剤	たんぱく分解酵素(プロテアーゼ)阻害剤	
	mg/日	○○○(薬剤名)	○○ mg/日
	mg/日		mg/日
	mg/日		mg/日
	mg/日		mg/日
	mg/日		mg/日
	<b>2</b> 免疫調節療法 <b>3</b> その他HIV感染に対する医療 <b>【治療内容を具体的に記入すること】</b> 上記の抗HIV療法を継続して実施する。○か月に1度の通院で状態を確認する。		
	治療の形態    1 入院 <b>2</b> 通院(月○回)    手術予定日    年 月 日		
	治療予定期間    ○年 ○月 ○日 から    ○年 ○月 ○日まで (○日間)		
治療効果見込み	抗HIV療法にて、免疫機能の回復、維持が見込まれる。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 5px;">                     身体障害者手帳交付日以降の日付であることを確認してください。                 </div>		

裏面へ続く

(R2. 7)

**支給対象者**

ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障がいをもつ身体障がい者であって、抗HIV剤の投与等により免疫の機能の障がい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。

**支給認定の範囲**

- 健康保険の診察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であること。
- 抗HIV療法、免疫調節療法等HIV感染に対する医療に限ります。
- 抗HIV療法等は、最長1年以内の通院治療が認められます。

**【申請の区分】** 該当する区分を○で囲んでください。

- 1 新規 新たに自立支援医療（更生医療）の認定を申請する場合です。
- 2 再認定 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を申請する場合です。
- 3 変更 支給認定の有効期間内において、医療の具体的方針の変更を申請する場合です。

**【原傷病名】** 障がいの原因となった傷病名を記入してください。

**【治療経過及び障がいの現症】** 症状の経過及び診断・治療の内容等を記入してください。

**【HIV感染症・関連合併症】** 該当する疾患があれば○で囲み、臨床経過及び治療内容に記入してください。該当する疾患がなければ、その旨を記入してください。

**【医療の具体的方針】** 該当する区分を○で囲むとともに、治療内容・方針等を具体的に記入してください。入院治療を要する場合は、入院の主病名、症状等も記入してください。

**【治療の形態】** 該当する区分を○で囲んでください。入院中に障がいの軽減または除去を目的とする手術を予定している場合は、「手術予定日」欄に日付を記入してください。

**【治療予定期間】** 治療予定期間を記入してください。1回の申請で認められる治療期間は、入院の場合は3か月まで、通院の場合は1年までです。

**【治療効果見込み】** 治療効果の見込みを記入してください。

項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
入院(再診)料	1,000	0	0	1,000
手術料	0	0	0	0
投薬料 (院外処方(有)無)	200,000	0	0	200,000
注射料	0	0	0	0
処置料	0	0	0	0
検査料	20,000	0	0	20,000
画像診断料	0	0	0	0
その他	10,000	0	0	10,000
合計	231,000	0	0	231,000

医療費概算額(円)  
(\*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入)

食事療養費は除きます。

通院の場合、院外処方の有無に○を記入してください。

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)  
高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します。治療予定期間の開始日以前の日付であることを確認してください。

○年 ○月 ○日

指定自立支援医療機関名 ○○病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ( )

担当医師名 ○○○○ 印

更生医療を主として担当すると承認された医師であることを確認してください。  
(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意してください。)

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

更生医療を主として担当すると承認された医師の私印を押印してください。

審査欄	
審査結果	1 適 当      2 一部対象外      3 不 適 当      4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続      該当 ・ 非該当
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審査年月日	年 月 日
再審査結果	1 適 当      2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続      該当 ・ 非該当
審査医師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審査年月日	年 月 日



**【医療費概算額】** 更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位で記入してください。いずれの項目も、更生医療に算定できるのは、免疫機能障がい<sup>1</sup>の除去・軽減を目的とする治療にかかる費用のみです。

- ・入院（再診）料      他の疾患の治療を目的とした入院の場合は、更生医療に算定できません。
- ・手術料              他の疾患の治療を目的とした手術は、更生医療に算定できません。
- ・投薬料              院外処方<sup>2</sup>の有無を○で囲んでください。他の疾患（逆流性食道炎、不眠症、便秘症等）の治療薬は更生医療に算定できません。
- ・注射料              免疫機能障がい<sup>1</sup>の除去・軽減のための注射は、更生医療に算定できますが、他の疾患の治療薬は更生医療に算定できません。
- ・その他              各欄に該当しない費用で、更生医療として算定する場合に記入してください。内容については、前面の「医療の具体的方針」の欄または「医療費概算額」の空欄に記入してください。  
なお、入院による廃用症候群の回復等のためのリハビリテーション（歩行訓練等）は更生医療に算定できません。

**【記名・押印】** 指定自立支援医療機関で、更生医療を主として担当すると承認された医師が記名、押印（私印）してください。日付は、前面の治療予定期間の開始日より前（遅くとも同日）の日付であることを確認してください。診断日以前の治療は、更生医療の対象にならないことに留意してください。

## その他の機能障がい

(様式第2号の6)

### 自立支援医療(更生医療)意見書(その他の障がい用)

申請の区分	1 新規 <input checked="" type="radio"/> 2 再認定    3 変更		
氏名	福島太郎	生年月日	○年○月○日生
住所	○市○町○		
原傷病名	左側唇顎口蓋裂		
治療経過及び障がいの現症	<p>【数値等を用い、具体的に記入すること。】</p> <p>○年○月 口唇形成術、○年○月 口蓋形成術を行った。          ○年○月からしか矯正治療を開始する。          上下顎が後方位にある。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">             口唇形成術、口蓋形成術、顎裂部腸骨移植術等の手術名を記入してください。         </div>		
既手術年月日	○年○月○日(手術名) ○○○○術 ○年○月○日(手術名) ○○○○術		
医療の具体的方針	矯正装置による矯正歯科治療を継続して行う。		
治療の形態	1 入院 <input checked="" type="radio"/> 2 通院(月1回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	○年○月○日から ○年○月○日まで (○日間)		
治療効果見込み	<p>【治療後における障がいの回復状況の見込み】</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">             身体障害者手帳交付日以降の日付であることを確認してください。         </div> <p>矯正歯科治療を行うことにより、生活に支障のない程度にそしゃく機能の回復が見込まれる。</p>		

裏面へ続く

(R2. 7)

これまで示した障がい以外のもの（小腸機能障がい、視覚障がい、聴覚障がい、音声・言語機能障がい、そしゃく機能障がい）について、この様式を使用します。各々の障がいに応じた治療経過、障がいの現象、医療の具体的方針等を記入してください。

ここでは、そしゃく機能障がいの例を示します。

## そしゃく機能障がい

### 対象となる疾病名及び医療内容例

- 唇顎口蓋裂の後遺症によるそしゃく機能障がい → 歯科矯正治療
- 歯科矯正治療は、最長1年以内の通院治療を認めます。

【申請の区分】該当する区分を○で囲んでください。

- 1 新規 新たに自立支援医療（更生医療）の認定を申請する場合は。
- 2 再認定 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を申請する場合は。
- 3 変更 支給認定の有効期間内において、医療の具体的方針の変更を申請する場合は。

【原傷病名】障がいの原因となった傷病名を記入してください。

### 【治療経過及び障がいの現症】

症状の経過及び診断・治療（既手術等）の内容等を記入してください。

【既手術年月日】手術を実施した年月日及び手術名を記入してください。

【医療の具体的方針】治療内容・方針等を具体的に記入してください。入院治療を要する場合は、入院の主病名、症状等、手術を行う場合は、手術名も記入してください。

【治療の形態】該当する区分を○で囲んでください。入院中に障がいの軽減または除去を目的とする手術を予定している場合は、「手術予定日」欄に日付を記入してください。

【治療予定期間】治療予定期間を記入してください。1回の申請で認められる治療期間は、入院の場合は3か月まで、通院の場合は1年までです。

【治療効果見込み】治療効果の見込みを記入してください。

項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
入院(再診)料	720	720	720	2,160
手術料	0	0	0	0
投薬料 (院外処方:有・無)	0	0	0	0
注射料	0	0	0	0
処置料 (3,800 通常の処置)	3,800	3,800 (検査時)	20,520 (ワイヤー交換時)	28,120
検査料	0	0	0	0
画像診断料	0	6,400	0	6,400
その他	2,400	2,400	2,400	7,200
合計	6,920	13,320	23,640	43,880

医療費概算額(円)  
(\*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入)

食事療養費は除きます。

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)  
高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します 治療予定期間の開始日以前の日付であることを確認してください。

○年○月○日

指定自立支援医療機関名 ○○病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ( )

担当医師名 ○○○○

印

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

更生医療を主として担当すると承認された医師であることを確認してください。  
(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意してください。)

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学    印
審 査 年 月 日	年    月    日

再 審 査 結 果	1 適 当    2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学    印
審 査 年 月 日	年    月    日

**【医療費概算額】** 更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位で記入してください。いずれの項目も、更生医療に算定できるのは、該当する機能障がいの除去・軽減を目的とする治療にかかる費用のみです。

- ・入院（再診）料      他の疾患の治療を目的とした入院の場合は、更生医療に算定できません。
  
- ・手術料                      他の疾患の治療を目的とした手術は、更生医療に算定できません。
  
- ・投薬料                      院外処方の有無を○で囲んでください。他の疾患（逆流性食道炎、不眠症、便秘症等）の治療薬は更生医療に算定できません。
  
- ・注射料                      当該機能障がいの除去・軽減のための注射は、更生医療に算定できますが、他の疾患の治療薬は更生医療としては算定できません。
  
- ・その他                      各欄に該当しない費用で、更生医療に算定する場合に記入してください。内容については、前面の「医療の具体的方針」の欄または「医療費概算額」の空欄に記入してください。  
        なお、入院による廃用症候群の回復等のためのリハビリテーション（歩行訓練等）は更生医療に算定できません。

**【記名・押印】** 指定自立支援医療機関で、更生医療を主として担当すると承認された医師が記名、押印（私印）してください。日付は、前面の治療予定期間の開始日より前（遅くとも同日）の日付を記入してください。診断日以前の治療は、更生医療の対象にならないことに留意してください。

## 医療機関の皆さまへのお願いです

### 1 早めの意見書作成

自立支援医療（更生医療）の申請は、対象となる医療を開始する前に行うことが必要です。治療開始前、認定期間が切れる前に作成して下さるようお願いいたします。

### 2 交付前の内容確認

記入漏れがないか、日付（治療予定期間、手術予定日、診断月日）に誤りがないか、更生医療の対象外の治療費等が含まれていないか、更生医療を主に担当する医師の記名・押印があるかを確認して下さるようお願いいたします。

### 3 患者さんへの声かけ

作成した意見書が申請書とともに市町村役場に提出されなければ、支給認定に向けた事務手続き（判定依頼→審査依頼→判定書交付→市町村での支給認定）は開始されません。作成された意見書を患者さんに渡される際に、速やかに市町村役場の障がい福祉担当窓口で申請手続きするようお話しくださるとともに、次回以降の受診時に、市町村役場に申請されたかを確認し、手続きがお済みでない方には、再度、申請のお話しをしていただきますようお願いいたします。



御協力をお願いいたします。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程  
（平成18年2月28日 厚生労働省告示第65号）

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

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程

（指定自立支援医療機関の義務）

第一条 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成十八年政令第10号）第一条の二第一号に規定する育成医療（以下「育成医療」という。）又は同条第二号に規定する更生医療（以下「更生医療」という。）を行う指定自立支援医療機関（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号。以下「法」という。）第五十四条第二項に規定する指定自立支援医療機関をいう。以下同じ。）は、法及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号。以下「規則」という。）の定めるところによるほか、この規程の定めるところにより、法の規定による自立支援医療を担当しなければならない。

（診療の拒否の禁止）

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

（診療開始時の注意）

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

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

（診療時間）

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

（援助）

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

(証明書等の交付)

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

(診療録)

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

(帳簿)

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

(通知)

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

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

(指定訪問看護事業者等に関する特例)

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

(薬局に関する特例)

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

改正文 (平成二〇年三月三十一日厚生労働省告示第一六一号) 抄  
平成二十年四月一日から適用する。

改正文 (平成二五年一月一八日厚生労働省告示第六号) 抄  
平成二十五年四月一日から適用する。



改正文（平成二五年二月一五日厚生労働省告示第二三号）抄  
平成二十五年四月一日から適用する。

改正文（平成二七年三月三一日厚生労働省告示第一九五号）抄  
平成二十七年四月一日から適用する。

障発第 0303002 号  
平成 18 年 3 月 3 日  
一部改正障発 0113 第 2 号  
平成 23 年 1 月 13 日  
一部改正障発 0322 第 1 号  
平成 24 年 3 月 22 日  
一部改正障発 0315 第 3 号  
平成 25 年 3 月 15 日  
一部改正障発 0124 第 6 号  
平成 26 年 1 月 24 日  
一部改正障発 1001 第 4 号  
平成 26 年 10 月 1 日  
一部改正障発 0329 第 9 号  
平成 27 年 3 月 27 日  
一部改正障発 1112 第 7 号  
平成 27 年 11 月 12 日  
一部改正障発 0328 第 1 号  
平成 28 年 3 月 28 日  
一部改正障発 0330 第 2 号  
平成 30 年 3 月 30 日  
一部改正障発 0628 第 4 号  
平成 30 年 6 月 28 日  
一部改正障発 0823 第 1 号  
平成 30 年 8 月 23 日  
一部改正障発 0507 第 4 号  
令和元年 5 月 7 日  
一部改正障発 0701 第 2 号  
令和元年 7 月 1 日  
一部改正障発 0330 第 10 号  
令和 2 年 3 月 30 日

各 { 都道府県知事 } 殿  
{ 指定都市市長 }  
{ 中核市市長 }

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部長

自立支援医療費の支給認定について

障害者自立支援法（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、本年4月1日から施行されるところであるが、標記について、自立支援医療費支給認定通則実施要綱（別紙1）、自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱（別紙2）、自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱（別紙3）及び自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱（別紙4）を作成したので、本年4月1日から、これらを参考に支給認定を行うとともに、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き配慮を願いたい。

なお、昭和62年7月3日児発第593号「身体に障害のある児童に対する育成医療の給付について」、平成5年3月30日社援更発第89号「更生医療の給付について」、昭和40年9月15日衛発第648号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する精神障害者通院医療費公費負担の事務取扱いについて」及び昭和59年10月25日社更発第169号「更生医療の給付に係るいわゆる自己負担額の算定方法について」は、本通知の施行に伴い廃止する。

また、昭和45年10月21日社更発第89号「先天性心臓疾患による心臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和54年5月10日社更発第56号「じん臓機能障害者に対する更生医療の給付について」、昭和55年5月20日社更発第82号「更生（育成）医療における形成外科的治療を担当する医療機関の指定について」、昭和57年3月23日社更発第43号「音声・言語機能障害を伴う唇顎口蓋裂の歯科矯正」の更生（育成）医療を担当する医療機関の指定について」、昭和61年9月22日社更発第158号「小腸機能障害者に対する更生医療の給付について」及び平成10年4月8日障発第230号「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害者に対する更生医療の給付について」に定める更生医療の給付の決定等については、本通知手続を参考にして行われたい。

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。

## 自立支援医療費支給認定通則実施要綱

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の支給認定(以下「支給認定」という。)の事務手続については、法令の定めるところによるものであるが、本要綱を参照しつつ支給認定の適正な実施を図られたい。

### 第1 定義

- 1 障害者又は障害児の保護者を「障害者等」という。
- 2 指定自立支援医療の提供を受ける障害者又は障害児を「受診者」という。
- 3 自立支援医療費の支給を受ける障害者等を「受給者」という。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 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 所得区分

自立支援医療費の支給認定については、法第58条第3項の規定により、自己負担について受診者の属する「世帯」の収入や受給者の収入に応じ区分(以下「所得区分」という。)を設けて認定することとし、所得区分ごとに負担上限月額(令第35条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。)を設けることとする。

- 1 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおり。
  - ① 生活保護負担上限月額 0円
  - ② 低所得1 負担上限月額2,500円
  - ③ 低所得2 負担上限月額5,000円
  - ④ 中間所得層負担上限月額設定なし
  - (⑤ 一定所得以上：自立支援医療費の支給対象外)
- 2 1の所得区分のうち④中間所得層については、受診者が令第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。)に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。
  - ④' 中間所得層1 負担上限月額5,000円
  - ④" 中間所得層2 負担上限月額10,000円
- 3 1の所得区分のうち④中間所得層については、受診者が重度かつ継続に該当しない場合であって、育成医療を受けるときには、平成33年3月31日までの間は、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。
  - ④' 中間所得層(育成医療)Ⅰ 負担上限月額 5,000円
  - ④" 中間所得層(育成医療)Ⅱ 負担上限月額10,000円
- 4 1の所得区分のうち⑤一定所得以上については、受診者が重度かつ継続に該当する場合

には、平成33年3月31日までの間は、自立支援医療費の支給対象とし、次のとおり別途所得区分及び負担上限月額を設ける。

⑤' 一定所得以上（重度かつ継続） 負担上限月額20,000円

- 5 1の所得区分のうち①生活保護の対象は、受診者の属する世帯が生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活保護受給世帯（以下「生活保護世帯」という。）若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯（以下「支援給付世帯」という。）である場合又は生活保護法による要保護世帯若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による要支援世帯であつて、②低所得1の負担上限額を適用としたならば保護又は支援を必要とする状態となる世帯である場合とする。
- 6 1の所得区分のうち②低所得1の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯（注1）であつて、受給者に係る次に掲げる収入の合計金額が80万円以下である場合であつて、かつ、所得区分が①生活保護の対象ではない場合であるものとする。

- ・ 地方税法上の合計所得金額（注2）  
（合計所得金額がマイナスとなる者については、0とみなして計算する）
- ・ 所得税法上の公的年金等の収入金額（注3）
- ・ その他厚生労働省令で定める給付（注4）

（注1） 「市町村民税世帯非課税世帯」とは、受診者の属する「世帯」の世帯員（世帯員の具体的な範囲は、本要綱第5の1による。）が自立支援医療を受ける日の属する年度（自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあつては、前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（次に掲げる者を含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である世帯をいう。

- ・ 市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者
- ・ 地方税法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となつた女子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同法第295条第1項（第2号に係る部分に限る。以下同じ。）の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者、又は、同法第292条第1項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となつた男子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同法第295条第1項の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者（当該者に係る非課税の取扱いを「寡婦（夫）控除等のみなし適用（非課税）」という。以下同じ。）。なお、「現に婚姻をしていないもの」の「婚姻」には、当該市町村民

税の額の算定に係る所得を計算する対象となる年の12月31日時点において、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含むものとする。

(注2) 「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額(所得税法第35条第2項に規定する公的年金等の支給を受ける者については、当該合計所得金額から同項第1号に掲げる金額を控除して得た額)をいう。

(注3) 「公的年金等の収入金額」とは、所得税法(昭和40年法律第33号)第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。

(注4) 「その他厚生労働省令で定める給付」とは、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施行規則(以下「施行規則」という。)第54条各号に掲げる各給付の合計金額をいう。

7 1の所得区分のうち③低所得2の対象は、受診者の属する「世帯」が市町村民税世帯非課税世帯(均等割及び所得割双方が非課税)である場合であって、かつ、所得区分が①生活保護及び②低所得1の対象ではない場合であるものとする。

8 1の所得区分のうち④中間所得層の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が23万5千円未満の場合であって、かつ、所得区分が①生活保護、②低所得1及び③低所得2の対象ではない場合であるものとする。

(注) 「所得割」の額を算定する場合には、次によること。

- ・地方税法等の一部を改正する法律(平成22年法律第4号)第1条の規定による改正前の地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族(16歳未満の者に限る。(以下「扶養親族」という。))及び同法第314条の2第1項第11号に規定する特定扶養親族(19歳未満の者に限る。(以下「特定扶養親族」という。))があるときは、同号に規定する額(扶養親族に係るもの及び特定扶養親族に係るもの(扶養親族に係る額に相当するものを除く。))に限る。)に同法第314条の3第1項に規定する所得割の税率を乗じて得た額を控除するものとする。
- ・地方税法第318条に規定する賦課期日において指定都市(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市をいう。以下同じ。)の区域内に住所を有する者であるときは、これらの者を指定都市以外の市町村の区域内に住所を有する者とみなして、所得割の額を算定するものとする。
- ・地方税法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となつた女子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号イに該当する所得割の納税義務者であるとき、又は、同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となつた男子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号に該当する所得割の納税義務者であるときは、同法第314条の2第1項第8号に規定する額(当該者が同法第2

9 2 条第 1 項第 1 1 号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となつた女子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同法第 3 1 4 条の 2 第 3 項に該当する者であるときは、同項に規定する額)に同法第 3 1 4 条の 3 第 1 項に規定する率を乗じて得た額を控除するものとする(当該控除の取扱いを「寡婦(夫)控除等のみなし適用(控除)」という。以下同じ。)。なお、「現に婚姻をしていないもの」の「婚姻」には、当該所得割の額の算定に係る所得を計算する対象となる年の 1 2 月 3 1 日時点において、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含むものとする。

- 9 1 の所得区分のうち⑤一定所得以上の対象となるのは、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が 2 3 万 5 千円以上の場合であるものとする。
- 1 0 2 の所得区分のうち④' 中間所得層 1 の対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が 3 万 3 千円未満である場合であるものとする。
- 1 1 2 の所得区分のうち④" 中間所得層 2 の対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当し、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が 3 万 3 千円以上 2 3 万 5 千円未満の場合であるものとする。
- 1 2 3 の所得区分のうち④' 中間所得層(育成医療)Ⅰの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、育成医療に係る申請であり、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が 3 万 3 千円未満である場合であるものとする。
- 1 3 3 の所得区分のうち④" 中間所得層(育成医療)Ⅱの対象となるのは、④中間所得層の対象のうち、育成医療に係る申請であり、かつ、受診者の属する「世帯」に属する者の市町村民税額(所得割)の合計が 3 万 3 千円以上 2 3 万 5 千円未満の場合であるものとする。
- 1 4 8 から 1 3 までにおいて、市町村民税額(所得割)の合計を判断する場合には、本要綱第 5 の 1 に基づくこととなる。
- 1 5 ⑤' 一定所得以上(重度かつ継続)の対象となるのは、⑤一定所得以上の対象のうち、受診者が重度かつ継続に該当する場合であるものとする。

### 第 3 「世帯」

- 1 「世帯」については、受診者の属する世帯の世帯員のうち、8 の②に掲げる特例に該当する場合を除き受診者と同じ医療保険に加入する世帯員をもって、生計を一にする「世帯」として取り扱うこととする。
- 2 家族の実際の居住形態及び税制面での取扱いにかかわらず、8 の②に掲げる特例に該当する場合を除き医療保険の加入関係が異なる場合には別の「世帯」として取り扱う。
- 3 申請者から申請を受けた場合には、自立支援医療費支給認定申請書(別紙様式第 1 号。以下「申請書」という。)の他、受給者の氏名が被保険者本人又は被扶養者として記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など各種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。)の写し(注 1)を提出させるものとする(注 2)。あわせて、受診者の属する「世帯」に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しを提出させるものとする。

(注1) 受診者が18歳未満である場合は受給者のものに加えて受診者の氏名が記載されている被保険者証等の写しも併せて提出させるものとする。

(注2) カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。

- 4 受診者が国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者である場合については、申請者の提示した被保険者証等の写しが「世帯」全員のものかどうかの確認を、申請者に住民票を提出させる、職権で調査する等の方法によって行うこととする。
- 5 「世帯」に属する受診者を除く世帯員の氏名が記載された被保険者証等の写しについても提出させること。その際、被保険者証等の形式や加入している医療保険によって、本要綱第5に定める所得区分の認定に際して対象となる世帯員の範囲が異なることに留意すること。
- 6 「市町村民税世帯非課税世帯」への該当の有無の判断や市町村民税額(所得割)の「世帯」における合計額の算定については、受診者の属する「世帯」の世帯員が自立支援医療を受ける日の属する年度(自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあつては、前年度)の課税状況を基準とすることが基本となる。なお、自立支援医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合であつて、7月以降も支給認定の有効期間が継続するときには、7月に「市町村民税世帯非課税世帯」への該当の有無の判断や市町村民税額(所得割)の「世帯」における合計額の算定について再確認を行うことを必ずしも要さない。ただし、個別の判断によって再確認を行うことは妨げない。
- 7 障害者等が精神通院医療に係る自立支援医療費の支給を受ける場合には、申請者に市町村に対して申請書とともに添付資料を提出させることとし、市町村は当該申請書を確認の上、都道府県に進達することとする。また、当該進達を受けた都道府県が資料を再確認の上、当該申請者に係る支給認定を行うこととする。
- 8 「世帯」の範囲の特例
  - ① 受診者と同一の「世帯」に属する親、兄弟、子ども等がいる場合であっても、その親、兄弟、子ども等が、税制と医療保険のいずれにおいても障害者を扶養しないこととしたときは、申請者の申請に基づき、特例として、受診者及びその配偶者を当該親、兄弟、子ども等とは別の「世帯」に属するものとみなす取扱いを行うことを選択できるものとする。
    - ・この特例は、申請者及びその配偶者は市町村民税非課税である一方、これ以外の同一の世帯に属する世帯員が市町村民税課税である場合にのみ認めることとする。
    - ・この特例に係る申請があつた場合には、申請書その他、当該申請者及びその配偶者が扶養関係に基づく税制上及び医療保険上の各種控除(以下「扶養控除」という。)の対象となっていないかどうかを確認するため、同一世帯に属する者の市町村民税に係る税情報の記載された適宜の書面又は書面の写し及び被保険者証の写しの提出を求め、その内容を確認するものとする。
    - ・なお、ある年度において扶養関係にあつたものの、当該年度の途中で生計を別にしたような場合であつて、次年度の税申告時から扶養控除の対象から外れることとなる者については、受給者から、その旨の確認を誓約書等適宜の方法によって得ることにより、受給者及びその配偶者を他の世帯員と別の「世帯」とみなす取扱いができるものとする。
  - ② 受診者が18歳未満の場合については、受診者と受給者が同一の医療保険に加入して



いない場合であっても、受診者と受給者を同一の「世帯」とみなすものとする。

- 9 加入している医療保険が変更となった場合など「世帯」の状況が変化した場合は、新たな被保険者証の写し等必要な書面を添付の上、受給者に速やかに変更の届出をさせるものとする。なお、「世帯」の状況の変化に伴い支給認定の変更が必要となった場合には、別途、支給認定の変更の申請が必要となる点に留意すること。

#### 第4 「世帯」の所得の認定

- 1 「世帯」の所得は、申請者の申請に基づき認定するものとする。
- 2 申請の際の提出資料や申請者からの聞き取りから、所得が一切確認できなければ、原則として所得区分を⑤一定所得以上として取り扱うこととする。

また、市町村民税額（所得割）が23万5千円未満であることについてのみ確認できた場合は、所得区分を④中間所得層として取り扱うこととし、本要綱第2の2に該当する場合は所得区分を④”中間所得層2と、本要綱第2の3に該当する場合は所得区分を④”中間所得層（育成医療）Ⅱとして取り扱うこととする。

さらに、市町村民税非課税であることについてのみ確認できた場合には、所得区分を③低所得2として取扱うこととする。
- 3 「世帯」の所得の確認は、各医療保険制度の保険料の算定対象となっている者の所得を確認するものとする。

#### 第5 「世帯」の所得区分の認定

- 1 「世帯」の所得区分は、受診者の属する「世帯」のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療制度では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき算定し、認定を行うものとする。なお、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定しても差し支えない。

また、所得区分が②低所得1に該当するかどうかを判断する場合には、併せて申請者の障害年金等、特別児童扶養手当等の受給状況を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき、申請者の収入を算定し認定するものとする。
- 2 寡婦（夫）控除等のみなし適用（非課税）及び寡婦（夫）控除等のみなし適用（控除）を受けようとする者については、寡婦（夫）控除等のみなし適用申請書（別紙様式第2号）及び戸籍全部事項証明書等の添付資料を提出させた上で、当該申請書等に基づき、市町村民税世帯非課税世帯への該当の有無の判断や所得割の額の算定を行うこと。
- 3 法第12条に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、加えて申請の際に税情報や手当の受給状況等に係る調査についての同意を書面で得るような取扱い等を行うことも差し支えない。

なお、この同意は原則受給者から得るものとするが、これが困難な場合は、保護者等に自らの身分を示す適宜の書面を提出させた上で、当該保護者等から同意を得てもよいものとする。
- 4 受診者が精神通院医療を受ける場合には、申請者に市町村に対して申請書とともに添付資料を提出させることとし、市町村はこれを確認の上、都道府県に進達することとする。

また、当該進達を受けた都道府県は資料を再確認の上、認定を行うこととする。

- 5 所得区分は、支給認定の審査時に把握されている所得状況に基づき認定するものとする。  
なお、所得状況について定期的に職権で把握し、職権で把握した所得に応じた所得区分に変更することも差し支えない。

## 第6 支給認定の変更

- 1 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、申請書に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、自立支援医療受給者証（別紙様式第3号。以下「受給者証」という。）を添えて提出させることとする。  
なお、申請書及び受給者証の記載事項の変更のうち、負担上限月額（所得区分及び重度かつ継続の該当・非該当の変更によるもの）及び指定自立支援医療機関の変更以外の変更については、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（別紙様式第4号）をもって届出させることとする。
- 2 受診者が精神通院医療を受けている場合には、申請者に市町村に対して申請書とともに添付資料を提出させることとし、市町村はこれを確認の上、都道府県に進達することとする。また、当該進達を受けた都道府県は資料を再確認の上、認定することとする。
- 3 所得区分の変更の必要があると判断した場合は、変更の認定を行った日の属する月の翌月の初日から新たな所得区分に変更するものとし、新たな所得区分と負担上限月額を記載した受給者証を交付することとする。また、必要に応じ自己負担上限額管理票（別紙様式第5号。以下「管理票」という。）を交付すること。なお、所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書（別紙様式第6号）を申請者に交付することとする。
- 4 指定自立支援医療機関の変更の必要があると判断した場合は、変更の認定を行った日以降より新たな医療機関に変更するものとし、新たな指定自立支援医療機関を記載した受給者証を交付する。なお、指定自立支援医療機関の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付すること。

## 第7 負担上限月額管理の取扱い

- 1 自立支援医療において負担上限月額が設定された者については、管理票を交付すること。
- 2 管理票の交付を受けた受給者は、指定自立支援医療機関で指定自立支援医療を受ける際に受給者証とともに管理票を医療機関に提示すること。
- 3 管理票を提示された指定自立支援医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定自立支援医療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載する。当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載すること。
- 4 受給者から、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定自立支援医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

## 第8 医療の種類と負担上限月額、食事療養費及び生活療養費

- 1 自立支援医療の負担上限月額は、令第1条に規定される自立支援医療の種類（育成医療、

更生医療又は精神通院医療) ごとに設定されるものである。例えば、同一の受診者が育成医療又は更生医療と精神通院医療とを同一月に受けた場合については、それぞれの種類ごとに負担上限月額が適用され、異なる種類間では合算を行わない。

- 2 所得区分が④中間所得層である育成医療又は更生医療の受給者が複数の疾病に関して支給認定を受けた場合において、重度かつ継続に該当する疾病等に係る認定を含む時は、当該複数疾病の全てについての自立支援医療に係る自己負担額の合計額について、重度かつ継続に係る負担上限月額を適用する。
- 3 育成医療及び更生医療に係る入院時の食事療養及び生活療養については、所得区分が①生活保護及び生活保護移行防止のため食事療養費及び生活療養費の減免措置を受けた受給者(以下「食事療養費等減免者」という。)以外の受給者には、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額と同額分を自己負担させることとなる(健康保険の療養に要する費用の額の算定の例により算定した額が自立支援医療費の対象となりうるのだが、実際には医療保険が優先し、食事療養費及び生活療養費分が医療保険から支払われるため、自立支援医療費からは食事療養費及び生活療養費分が支払われないこととなる。)。

一方、食事療養費等減免者には、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額を0円とするので、食事療養費等減免者以外の受給者とは異なり、自立支援医療費から少なくとも医療保険の標準負担額相当部分が支給されることとなる(原則的に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が自立支援医療費から支給されることとなるが、医療保険が優先するため、医療保険に加入している食事療養費等減免者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分のみが、生保世帯等で医療保険に加入していない食事療養費等減免者については、健康保険の食事療養費及び生活療養費相当部分と標準負担額相当部分の合算分が、それぞれ自立支援医療費として支給されることとなる。)
- 4 なお、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額については、負担上限月額を計算する際の自己負担額には含まれないことに留意すること。

## 第9 未申告者の取扱い

- 1 非課税であることから税制上の申告をしておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

なお、非課税であることが確認できなければ、所得区分を⑤一定所得以上として取り扱うこと。また、この場合においては、本要綱第2の4の適用はないものとする。
- 2 ただし、精神通院医療については、障害者自立支援法制定以前の制度では所得確認がなかったことなどを勘案し、当分の間、申請者が、非課税であることを示す資料が添付されていないにも関わらず非課税であることを申し述べた場合には、例外的に、次のように取り扱うものとする。
  - ・申請者から申請書等の提出を受けた市町村は、非課税であるとみなすことができるかどうかの意見を付して、都道府県に關係資料を送付する。
  - ・都道府県は、市町村からの意見を参考に、非課税とみなしてよいと判断すれば、非課税とみなすことができる。
- 3 上記取扱いを受けた者は、原則として、所得区分を③低所得2と認定するものとするが、

都道府県の判断により、所得区分を②低所得1と認定しても差し支えない。

ただし、この場合には、障害基礎年金1級を受給する者とのバランスを失するこのないよう、本人の収入状況等を十分に確認するなど配慮されたい。

#### 第10 医療保険未加入者の取扱い

- 1 自立支援医療費の申請の審査の段階で加入医療保険の把握を行い、被用者保険の加入者又は後期高齢者医療制度の被保険者となる場合や、生活保護世帯の医療扶助又は支援給付世帯の医療支援給付の対象となっている場合を除き、加入手続を行っていない場合には、申請者に対して手続を促すとともに、市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- 2 受給者がその有効期間内に加入医療保険の資格を喪失した場合は、被用者保険の加入者となり得る場合や生活保護世帯又は支援給付世帯となり得る場合を除き、速やかに市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。
- 3 1及び2の加入手続を行っている途上における申請に際しての「世帯」の取扱いについては、加入手続が完了した場合の「世帯」に準じて取り扱うこと。
- 4 1及び2にかかわらず、申請者が正当な理由がなく医療保険の加入手続を行わない場合については、「世帯」の範囲及び所得の確認ができないことから、所得区分は⑤一定所得以上として取り扱うこと。なお、この場合においては、本要綱第2の4の適用はないものとする。

#### 第11 指定自立支援医療機関の窓口における自己負担額

- 1 受給者の自己負担については、その性質上、医療保険制度における一部負担金の一部であるから、健康保険法第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、医療機関における自己負担の徴収に当たっては、10円未満の金額は、四捨五入して、自己負担を徴収するものであること。
- 2 所得区分が④中間所得層であるため負担上限月額が設定されていない者について、医療費総額の1割相当額が医療保険の自己負担限度額（高額療養費基準額）を超えた場合は、高額療養費基準額を徴収すること。この場合、高額療養費は医療機関に支給されるものであること。

#### 第12 指定自立支援医療機関

都道府県知事は、法第59条第1項で定めるところにより、指定を行った指定自立支援医療機関についての一覧を自立支援医療の種類ごとに作成すること。

また、指定自立支援医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定自立支援医療機関の一覧を、各月ごとに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送付すること。

#### 第13 医療保険各法等との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第2条に規定されているとおりであること。したがって、結果的に、自立支援医療費の支給は、医療保険の自己負担部分を対象とすることとなる。

#### 第14 その他

本要綱に係る各種様式の例は別添のとおりであるので、参考とすること

※「別紙2 自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱」は省略します。

## 自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱

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

### 第1 定義

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

### 第2 更生医療の対象

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

- 1 更生医療の対象となる障害は、次のとおり障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の18で定めるものであること。
  - （1）視覚障害によるもの
  - （2）聴覚、平衡機能の障害によるもの
  - （3）音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害によるもの
  - （4）肢体不自由によるもの
  - （5）心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害によるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）
  - （6）ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）
- 2 更生医療の対象となる障害は、臨床症状が消退しその障害が永続するものに限られること。また、更生医療の対象となる医療は、当該障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られることから、当該障害に該当しても、他の法令等に基づく他の趣旨の医療により治療される部分については、更生医療の対象にならないこと。内臓の機能の障害によるものについては、手術により障害が補われ、又は障害の程度が軽減することが見込まれるものに限るものとし、いわゆる内科的治療のみのもものは除くこと。

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

3 自立支援医療費の支給の対象となる更生医療の内容は以下のとおりとする。

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- (4) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- (5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- (6) 移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る。）

### 第3 支給認定の申請

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

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

※「別紙4 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱」及び「別記 自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針」は省略します。

## 福島県自立支援医療費（更生医療）支給認定に係る判定事務取扱要領

### 1 目的

自立支援医療費（更生医療）支給認定に係る判定（以下「判定」という。）事務については、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日付け障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「実施要綱」という。）によるほか本要領により行い、もって自立支援医療（更生医療）（以下「更生医療」という。）の適正かつ迅速な判定の実施を図ることを目的とする。

### 2 判定機関

実施要綱第4の身体障害者更生相談所による更生医療の要否等の判定は、福島県障がい者総合福祉センター（以下「センター」という。）が行う。

### 3 更生医療の対象例

更生医療の要否は、障がい種別や傷病名のほか、その症例の病態によって個別的に判定されるが、更生医療の対象となる障がい名・傷病名と代表的な更生医療の内容例は、別紙のとおりである。

### 4 判定区分

- (1) 市町村長（自立支援医療費（更生医療）支給認定の事務を委任された福祉事務所の長を含む。以下同じ。）は、次に掲げる場合には、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第9条第7項の規定により、センターの判定を求めなければならない。
  - ア 新規に自立支援医療費（更生医療）の支給認定を行うとき（以下「新規の判定」という。）
  - イ 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を行うとき（以下「再認定の判定」という。）
  - ウ 支給認定の有効期間内において、医療の具体的方針の変更を行うとき（以下「変更の判定」という。）
- (2) センターへの判定依頼は、自立支援医療（更生医療）判定依頼書（様式第1号）（以下「判定依頼書」という。）により行うものとする。

### 5 医師の意見書

- (1) 実施要綱第3の申請に要する医師の意見書は、次の障がいごとに作成するものとする。
  - ア 自立支援医療（更生医療）意見書（肢体不自由用）（様式第2号の1）
  - イ 自立支援医療（更生医療）意見書（心臓機能障がい用）（様式第2号の2）
  - ウ 自立支援医療（更生医療）意見書（じん臓機能障がい用）（様式第2号の3）
  - エ 自立支援医療（更生医療）意見書（肝臓機能障がい用）（様式第2号の4）
  - オ 自立支援医療（更生医療）意見書（免疫機能障がい用）（様式第2号の5）
  - カ 自立支援医療（更生医療）意見書（その他の障がい用）（様式第2号の6）

- (2) 意見書を作成する医師は、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（以下「障害者総合支援法」という。）（平成17年法律第123号）第54条第2項の規定による指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当する医師又は歯科医師（以下「担当医師」という。）として承認された医師であること。
- (3) 指定自立支援医療機関は、身体障がい者等から意見書の交付を求められたときは、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程（平成18年厚生労働省告示第65号）第6条により無償で交付しなければならない。
- (4) (1)ウについて、人工透析療法の通院の申請で、「医療の具体的方針」欄に投薬内容及び注射内容を書ききれない場合は、参考様式1又はそれと同様のものを作成し提出すること。

## 6 新規の判定

### (1) 申請内容の確認

ア 市町村長は、実施要綱第3による申請を受理したときは、申請者が申請の資格を有するか否かについて、次の要件を確認すること。

- (ア) 身体障害者手帳を所持している18歳以上の者であるか
- (イ) 申請月日が身体障害者手帳の交付日以降であるか
- (ウ) 医療を実施する部位が身体障がいとして認定されているか
- (エ) 意見書は、指定自立支援医療機関の担当医師が作成したものであるか

イ 前記アの申請が身体障害者手帳の交付申請と同時に行われたとき（以下「同時申請」という。）は、次の要件について確認を行うこと。なお、同時申請は、すべての要件を満たす場合に限り特例として認められるものであること。

- (ア) 心臓機能障がい、じん臓機能障がい、肝臓機能障がいまたは免疫機能障がいであるか
- (イ) 緊急に医療を必要とする障がいの状態であるか
- (ウ) 具体的な治療方針が明確になっているか

ウ 市町村長（中核市を除く。）は、同時申請の資格を有すると認めたときは、判定依頼に先立ち必ず事前にセンターに電話連絡し、同時申請連絡票（様式第3号）

（身体障害者手帳交付希望日のみを記入。）をFAXで送信すること。なお、センターは、FAX受信後に市町村に電話連絡し内容を確認する。また、送信は、身体障害者手帳交付希望日以前に行うこと。

### (2) 判定依頼

ア 市町村長は、申請者が申請の資格を有すると認めたときは、判定依頼書に次の関係書類を添付しセンター所長に提出すること。

- (ア) 自立支援医療（更生医療）意見書
- (イ) 身体障害者診断書・意見書の写し（同時申請の場合に限る。）
- (ウ) 同時申請連絡票（全内容を記入。）（同時申請の場合に限る。中核市を除く。）

イ 免疫機能障がいに係る判定依頼書の送付は、センターの身体障がい者福祉課長宛の親展文書で行うこと。

## 7 再認定の判定

- (1) 市町村長は、実施要綱第6の1による再認定の申請を受理したときは、判定依頼書に再認定の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付し、センター所長に提出すること。

ただし、じん臓機能障がいの再認定において、通院による人工透析療法（血液透析・腹膜透析）、じん臓移植術後の免疫抑制療法及び移植じん臓機能検査の医療であつて、市町村長が前回判定時の治療内容と比較して大きな変更がないと認める場合は、センターへの判定依頼書の提出を省略することができる。

- (2) 指定自立支援医療機関において、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2週間以内でかつ1回に限り延長する必要があると認める場合は、センターの判定を必要としないので、指定自立支援医療機関は、治療経過・予定報告書（参考様式2又はそれと同様のもの。以下「報告書」という。）を市町村長に提出し、期間延長の承認を求めること。

## 8 変更の判定

- (1) 市町村長は、実施要綱第6の2による医療の具体的方針の変更の申請を受理したときは、判定依頼書に変更の必要性を詳細に記した医師の意見書を添付し、センター所長に提出すること。

- (2) 通院から入院又は入院から通院へ変更する場合は、期間の長短にかかわらず、医療の具体的方針の変更に該当するので、変更の手続を行うこと。

ただし、入院から通院へ変更する場合で、次の2つの要件を満たすときは、センターの判定は必要としないので、指定自立支援医療機関は市町村長にその旨を記した報告書を提出すること。

ア じん臓機能障がい等で通院の支給認定された有効期間内であること。

イ 通院の治療内容が入院前に判定した内容と同一であること。

- (3) 指定自立支援医療機関を変更した場合は、変更の手続きを行うこと。

## 9 判定の実施

- (1) 判定は、医師の意見書等による書類判定を原則とし、医学的判定については公立大学法人福島県立医科大学の医師に委嘱して行う。

- (2) 医学的判定は、医療の対象となる障がいの種類、高額治療継続者（障害者総合支援法施行令第35条第1項第1号に規定する高額治療継続者をいう。いわゆる「重度かつ継続」。）の対象疾病であるか否か、具体的な治療方針、入院、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がいの程度について具体的に判断を行うとともに、更生医療に要する費用の概算額の算定を行う。

- (3) センター所長は、判定の結果を自立支援医療（更生医療）判定書（様式第4号）により市町村長に通知する。

## 10 判定の取り下げ

市町村長は、判定を取り下げる場合、自立支援医療（更生医療）判定依頼取り下げ

書（様式第5号）をセンター所長に提出すること。

附 則

この要領は、平成18年 4月 1日から施行する。

附 則

この要領は、平成21年12月 1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年 4月 1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年 4月 1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年12月 1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年 6月 1日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年 7月 1日から施行する。

附 則

この要領は、令和 2年 7月 1日から施行する。

## 【更生医療の定義】

- ① 更生医療は、一般医療（いわゆる治療医学）によって、すでに治癒（欠損治癒、変形治癒等の不完全治癒）した身体障がい者に対して、その日常生活能力、社会生活能力、または職業能力を回復、向上、若しくは獲得（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ある。
- ② 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「障がいそのもの」であり、理念的に疾病を対象にした一般医療とは一線が画される。
- ③ 適用障がいの範囲は、身体障害者福祉法第4条別表に示されている障がいである。
- ④ 障がいのうち、医療を行うことによって改善されるか、又は機能の維持が保たれるものであって、そのような医療の効果が期待できないものは対象とならない。
- ⑤ 治療の対象が障がいではなく、明らかに疾病（原疾患）に限定されていると考えられる場合は適用されない。
- ⑥ 更生医療の支給範囲は、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る。
- ⑦ 更生医療の支給認定期間は原則3か月以内とする。ただし、じん臓機能障がい及び免疫機能障がい等治療が長期に及ぶ場合は通院支給認定期間を最長1年以内とする。  
なお、再判定することにより、再認定することが可能である。

## 1 肢体不自由

対象となる障がいの状態と医療内容	① 麻痺による障がい → 理学療法、作業療法、言語療法、装具療法 ② 関節拘縮、強直、変形 → 関節固定術、関節形成術、人工関節置換術、骨切り術、理学療法 ③ 不良切断端 → 義肢装着のための断端形成術、断端延長術	
対象となる疾患名	① 変形性関節症 ② 慢性関節リウマチ ③ 骨壊死性疾患 ④ 代謝性疾患に基づく骨関節の変化 ⑤ 外傷後の骨関節の変化 ⑥ 骨関節の感染症後の変化	
対象となる解剖学的部位別手術方法	皮膚	① 瘢痕拘縮に対する皮膚弁移植術、皮膚弁作成術
	筋腱	① 筋の拘縮に対する腱切り術や腱延長術 ② 腱断裂に対する腱縫合術 ③ 陳旧の断裂や麻痺に対する腱形成術（腱の移植術、移行術、交換術、縫合術、人工腱形成術等） ④ 癒着に対する腱剥離術
	神経	① 外傷や変形等の原因で末梢神経が癒着している場合の神経剥離術 ② 痙性の強さを除去するための神経切除術 ③ 麻痺に対する神経移植術 ※ 神経縫合術は主に急性期に行われるので対象にはなり難い。
	骨	① 変形の改善や生体工学的な機能の改善を目的とする骨切り術、骨延長及び短縮術 ② 骨欠損や偽関節に対する骨移植術（骨片切採術を含む） ※ 骨髄炎に対する手術や骨折に対する骨接合術（偽関節の場合は該当）は対象外。

	脊柱・ 脊髄	① 変形に対する脊椎固定術 ② 脊椎側彎症手術 ※ ヘルニア除去術や椎弓切除は対象外。
	関節	① 関節固定術 ② 関節形成術 ③ 靭帯再建術（陳旧性の不安定性に対して） ④ 人工関節置換術 ⑤ 骨切り術 ⑥ 関節内清掃術（陳旧性のもので、機能障害の原因になっている場合） ⑦ 金属除去術 ※ 急性可能性関節炎に対する関節切開や関節内清掃、または新鮮外傷による半月板損傷・靭帯断裂等に対する手術は対象外。
支給認定 の範囲	※ 術前の自己血貯血は、通院に続く入院と合わせて最長90日間を認める。 ※ 術後のリハビリテーションは、通院で最長180日間を認める。	

## 2 心臓機能障がい

対 象 者	① 心臓疾患により心臓機能に障がいをもつ身体障がい者であって、手術により心臓機能障がいの軽減又は除去がはかられ、将来確実に生活能力の回復の見込みのあるもの。 ② おおむね3か月程度の医療で相当確実な治療効果を期待できるもの。	
対象疾患名 と主な 手術方法	心 臓 弁 膜 症	弁形成術、弁置換術、弁移植術、直視下交連切開術
	先 天 性 心 疾 患	開心根治手術、欠損孔閉鎖術
	虚 血 性 心 疾 患	経皮的冠動脈形成術、大動脈冠動脈バイパス術
	洞 不 全 症 候 群 完全房室ブロック	ペースメーカー植込み術、ペースメーカージェネレーター交換術、カテーテルアブレーション
	心室細動、心室頻拍	植え込み型除細動器植え込み術
	大 動 脈 疾 患	人工血管置換術（上行大動脈、大動脈弓部のみ対象）、経皮的肺動脈拡大術
	拡張型心筋症・拡張相の肥大型心筋症・虚血性心筋疾患	心臓移植術
支給認定 の範囲	① 心臓疾患に対する手術及びこれに伴う医療に限る。 ※ 手術が前提であるため、内科的治療（例えば術後長期にわたるジギタリス剤の投与等）は適用外。 ※ 術後の抗凝固療法については、最長1年以内の通院治療を認める。 ※ 術後の感染症に対する薬物治療は同一入院期間内で適応となる。 ※ 心臓移植後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療を認める。	



### 3 じん臓機能障がい

対象者	じん臓機能障がいのうち、保存的療法で尿毒症症状の改善ができない者であって、人工透析療法又はじん臓移植術によりじん臓機能の障がい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。
支給認定の範囲	① 人工透析療法（血液透析・腹膜透析） ② じん臓移植術及び免疫抑制療法 ③ じん臓機能障がいに対する人工透析療法、じん臓移植術に伴う医療に限る。 ※ 腎不全を招来した原疾患に対する治療は適用外。 ※ 人工透析療法とじん臓移植後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療を認める。
備考	① 人工透析者が旅行等で一時的に他の病院で通院透析をする場合、再判定をする必要はない。 ② じん臓機能障がいの再認定において、通院による人工透析療法（血液透析・腹膜透析）、じん臓移植術後の免疫抑制療法及び移植じん臓機能検査の医療であって、市町村長が前回判定時の治療内容（透析回数・通院回数・合併症の有無・薬剤投与の種類及び回数・医療費概算額等）と比較して大きな変更がないと認める場合は、センターへの判定依頼書の提出を省略することができる。

### 4 肝臓機能障がい

対象者	肝臓疾患により肝臓機能に障がいを有する身体障がい者であって、肝臓移植術により肝臓機能の障がい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。
支給認定の範囲	① 肝臓移植術及びこれに伴う医療に限る。 ② 肝臓移植後の免疫抑制療法及び移植肝臓機能検査 ※ 肝臓機能障がいを招来した原疾患に対する治療は対象外。 ※ 肝臓移植後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療を認める。
備考	

### 5 小腸機能障がい

対象者	小腸大量切除又は小腸疾病により小腸機能に障がい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がい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	① 小腸機能障がいに対する中心静脈栄養法 ② 中心静脈栄養法に伴う医療 － 1 中心静脈カテーテル留置に関連した合併症に対する医療 － 2 微量物質の栄養障がい、肝障がい等その他の代謝異常に対する医療 － 3 胆石症等の合併症に対する手術 ※ 中心静脈栄養法は、最長1年以内の通院治療を認める。

## 6 免疫機能障がい

対象者	ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障がいを有する身体障がい者であつて、抗H I V剤の投与等により免疫の機能の障がい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。
支給認定の範囲	① 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であること。 ② 抗H I V療法、免疫調節療法等H I V感染に対する医療に限る。 ※ 抗H I V療法等は、最長1年以内の通院治療を認める。
対象例	① 抗H I V療法 → H I Vそのものに対する抗ウイルス療法 (1) 逆転写酵素阻害剤 A Z T (ジドブジン) d d I (ジダノシン) d d C (ザルシタビン) d 4 T (サニルブジン) 3 T C (ラミブジン) 併用療法 (A Z Tとd d Iの交互投与など) (2) たんぱく分解酵素 (プロテアーゼ) 阻害剤 サキナビル、リトナビル、インジナビル 併用療法 (サキナビル、リトナビルの併用、(1)との併用療法など) ② 免疫調節療法 低下した免疫力を回復させ、またそのことによりH I Vに対する免疫力も増強させる療法 (例) 各種リンホカイン、インタフェロン ③ その他H I V感染に対する医療 → 合併症の予防及び治療など (例) カリニ肺炎予防治療 S T合剤、ペントミジンなど 結核予防治療 抗結核剤 ヘルペス予防治療 アシクロビル 非定型抗酸菌症予防治療 クラリスロマイシン、抗結核剤 ※ 合併症の予防及び治療は、H I V感染症によるものに限る。

## 7 その他の障がい

障がい区分	対象となる疾病名及び医療内容
視覚障がい	① 白内障 → 白内障手術 (水晶体摘出術、摘出後の人工レンズ埋め込み術)、人工レンズ自体も含まれる ② 角膜白斑 (角膜混濁) → 角膜移植術、角膜点墨術、光学的虹彩切除術 ③ 網膜剥離 → 網膜剥離手術 (光凝固術) ④ 眼瞼内反症 → 内反症手術 ⑤ 眼瞼外反症 → 外反症手術 ⑥ 兔眼症 → 兔眼症手術 ⑦ 瞳孔閉鎖症 → 光学的虹彩切除術、虹彩癒着剥離術 ⑧ 眼球摘出後の組織充填術・義眼包埋術 ⑨ 進行した開放隅角緑内障

聴覚障がい	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 外耳性難聴（外耳道閉鎖等） → 外耳道形成術</li> <li>② 慢性中耳炎 → 鼓室形成術、人工鼓膜、慢性の炎症に対する処置、変形癒着等に対する外科的処置</li> <li>③ 鼓膜穿孔 → 穿孔閉鎖術</li> <li>④ 感音性難聴 → 人工内耳等</li> <li>※ 術後の聴カリハビリテーションは、最長1年以内の通院治療を認める。</li> <li>⑤ 鼓膜癒着、耳管閉鎖 → 鼓膜剥離術、形成術、耳管開通処置</li> </ul>
音声・言語機能障がい	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 口蓋裂、兔唇等による音声・言語機能障がい → 口唇形成術、口蓋形成術</li> <li>② 外傷性または手術後に生じた構音障がい → 形成術</li> <li>③ その他、人工喉頭や食道発声訓練等</li> </ul>
そしゃく機能障がい	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 唇顎口蓋裂の後遺症によるそしゃく機能障がい → 歯科矯正治療</li> <li>※ 歯科矯正治療は、最長1年以内の通院治療を認める。</li> </ul>

(様式第1号)

自立支援医療(更生医療)判定依頼書

第 号  
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

市 町 村 長 印

下記の者に対する判定を依頼します。

記

(フリガナ)							
氏 名				年 月 日生		歳	
居 住 地							
身体障害者手帳	交付年月日	年 月 日		番号	都道府 第 号 県市		
	障がい名	<input type="checkbox"/> 申請中 年 月 日付					障がい等級 級
医療保険名		1 国保 2 後期高齢 3 健保 4 共済組合 5 その他( )					
職 業		1 有( ) 2 無職					
家 族 構 成							
判定依頼事項		判定の区分	1 新規 2 再認定 3 変更				
		障がいの種類	肢体・心臓・じん臓・肝臓・免疫・その他( )				
		指定自立支援医療機関名					
更生医療支給認定歴		【今回の判定依頼に関連するものを記入すること】					
		*長期に継続している場合は更生医療開始時と前回分の判定書内容を記入					
		判定年月日	判定書番号	支 給 認 定 の 内 容			
				<入院・通院> 年 月 日～( )日間			
				<入院・通院> 年 月 日～( )日間			
添 付 書 類		1 自立支援医療(更生医療)意見書 2 身体障害者診断書・意見書の写(同時申請の場合のみ) 3 同時申請連絡票(同時申請の場合のみ。中核市を除く。)					
備 考							

\* 審査No.( ) 判定No.( ) (R2. 7)

(様式第2号の1)

自立支援医療(更生医療)意見書(肢体不自由用)

申請の区分	1 新規      2 再認定      3 変更		
氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名			
治療経過	年月日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容	
障がいの現症	【機能障がいの状況—関節の可動域、筋力、変形・拘縮、疼痛、ADL面等—について記載すること】		
医療の具体的方針	1 手術    2 リハビリのみ    3 その他( )		
	手術の内容	<input type="checkbox"/> 人工関節置換術 [ 膝 ・ 股 ・(その他 )、右 ・ 左 ] <input type="checkbox"/> 骨切り術 <input type="checkbox"/> 骨移植術 <input type="checkbox"/> 関節固定術 <input type="checkbox"/> 金属除去術 <input type="checkbox"/> 義肢装着のための断端形成術 <input type="checkbox"/> その他( )	
	【対象部位、治療内容等を具体的に記入すること】		
治療の形態	1 入院    2 通院 ( 月 回 )	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで ( 日間)		
治療効果見込み	【治療後における障がいの回復状況の見込み】		

裏面へ続く

(R2. 7)

医療費概算額 (円)	項目	1か月目	2か月目	3か月目				合計
	入院(再診)料							
	手術料							
	投薬料							
	注射料							
	処置料							
	検査料							
	画像診断料							
	リハビリテーション							
	その他							
合計								

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。)  
 高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
 ※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ( )

担当医師名 印

\* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当      2 一部対象外      3 不 適 当      4 再 審 査
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日

再 審 査 結 果	1 適 当      2 不 適 当
	【不適當の理由】
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日



医療費概算額（円） （*治療予定期間が1 年間の場合は1か月 分を記入）	項 目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	リハビリテーション				
	その他				
	合計				
<small>※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。（食事療養の費用を除く。）  高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  ※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。</small>					

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ( )

担当医師名 印

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄		
審 査 結 果	1 適 当      2 一部対象外      3 不 適 当      4 再 審 査	
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】	
	<table border="1"> <tr> <td>重度かつ継続</td> <td>該 当 ・ 非 該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当	
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審 査 年 月 日	年 月 日	
再 審 査 結 果	1 適 当      2 不 適 当	
	【不適當の理由】	
	<table border="1"> <tr> <td>重度かつ継続</td> <td>該 当 ・ 非 該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当	
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審 査 年 月 日	年 月 日	



## (様式第2号の3)

## 自立支援医療(更生医療)意見書(じん臓機能障がい用)

申請の区分	1 新規      2 再認定      3 変更			
氏名		生年月日	年 月 日生	
住所				
原傷病名				
治療経過	年 月 日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容		
	透析療法	血液透析	年 月 日開始	
		腹膜透析	年 月 日開始	
腎臓移植	年 月 日実施 < 生体腎移植 献腎移植 >			
現症	※ 身体障害者手帳と同時申請の場合は、手帳の診断書の写しを添付すれば記載不要。			
	じん臓機能	内因性クレアチンクリアランス値 (                  ml/分・測定不能・未実施 )		
		血清クレアチニン濃度 (                  mg/dl )	血清尿素窒素濃度 (                  mg/dl )	
		水分電解質 (Na          mEq/l、 K          mEq/l、 Ca          mg/dl、 P          mg/dl)		
	臨床症状			
その他の検査所見	【胸部X線、眼底検査、心電図検査等の所見で参考となるもの】			
医療の具体的方針	1 血液透析 ( 週 回 )                                  2 腹膜透析			
	3 じん臓移植術 < 生体腎移植 献腎移植 >          4 免疫抑制療法及び移植腎機能検査			
	5 その他			
	【治療内容・方針・投薬内容等を具体的に記入すること】			
	入院治療を要する場合の理由	【入院の主病名、症状等】		
	手術名	手術予定日	年 月 日	
治療の形態	1 入院      2 通院 ( 週 回または月 回 )			
治療予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで ( 日間)			
治療効果見込み				

裏面へ続く

(R2. 7)

医療費概算額（円） （*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入）	項 目	1か月目（1か月分）	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	その他				
	合 計				

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表より行うこと。（食事療養の費用を除く。）  
高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ( )

担当医師名 印

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当      2 一部対象外      3 不 適 当      4 再 審 査
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続      該 当 ・ 非該 当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日
再 審 査 結 果	1 適 当      2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続      該 当 ・ 非該 当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日

(様式第2号の4)

## 自立支援医療(更生医療)意見書(肝臓機能障がい用)

申請の区分	1 新規      2 再認定      3 変更			
氏名		生年月日	年 月 日生	
住所				
原傷病名				
治療経過	年 月 日	症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容		
	肝臓移植	年 月 日実施 < 生体肝移植 献体肝移植 >		
	免疫抑制療法	年 月 日開始		
現 症	※ 身体障害者手帳と同時申請の場合は、手帳の診断書の写しを添付すれば記載不要。			
	肝機能	肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ	
		腹 水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度以上 (概ね ℓ)	
		血清アルブミン値 ( g/dℓ)	プロトロンビン時間 ( %)	血清総ビリルビン値 ( mg/dℓ)
		血中アンモニア濃度 ( μg/dℓ)	血 小 板 数 ( /mm <sup>3</sup> )	
		※肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム(1981年)による。		
	※腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。			
臨床症状				
障害の変動に関する因子	180日以上アルコールを摂取していない    < ○ ・ × >			
	改善の可能性のある積極的治療を実施    < ○ ・ × >			
医療の具体的方針	1 肝臓移植術 < 生体肝移植 献体肝移植 >    2 免疫抑制療法及び移植肝機能検査 3 その他			
	【治療内容・方針等を具体的に記入すること】			
	入院治療を要する場合の理由	【入院の主病名、症状等】		
治療の形態	1 入院    2 通院 ( 週 回または月 回 )	手術予定日	年 月 日	
治療予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで ( 日間)			
治療効果見込み				

裏面へ続く

(R2. 7)

医療費概算額（円） （*治療予定期間が1 年間の場合は1か月 分を記入）	項 目	1か月目（1か月分）	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	その他				
	合 計				

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表より行うこと。（食事療養の費用を除く。）  
 高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例に  
 よって行うこと。  
 ※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ( )

担当医師名 印

\*担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当      2 一部対象外      3 不 適 当      4 再 審 査
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続      該 当 ・ 非 該 当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日
再 審 査 結 果	1 適 当      2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続      該 当 ・ 非 該 当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日

(様式第2号の5)

自立支援医療(更生医療)意見書(免疫機能障がい用)

申請の区分	1 新規      2 再認定      3 変更			
氏名		生年月日	年 月 日生	
住所				
原傷病名				
治療経過				
障がいの現症				
H I V 感 染 症 関 連 合 併 症	【CDCによるAIDS指標疾患に対し治療中であれば、臨床経過及び治療内容を記入すること。】			
	疾 患 名	臨 床 経 過 及 び 治 療 内 容		
	1 カリニ肺炎			
	2 カンジタ症			
	3 HIV消耗性症候群			
	4 サイトメガロウイルス感染症			
	5 活動性結核			
	6 HIV脳症			
	7 カポジ肉腫			
8 その他				
医療の具体的方針	1 抗HIV療法			
	逆転写酵素阻害剤		たんぱく分解酵素(プロテアーゼ)阻害剤	
		mg/日		mg/日
		mg/日		mg/日
		mg/日		mg/日
		mg/日		mg/日
		mg/日		mg/日
2 免疫調節療法      3 その他HIV感染に対する医療				
【治療内容を具体的に記入すること】				
治療の形態	1 入院      2 通院 ( 月 回 )	手術予定日	年 月 日	
治療予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで ( 日間)			
治療効果見込み				

裏面へ続く

(R2. 7)

医療費概算額（円） （*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入）	項目	1か月目（1か月分）	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	その他				
合計					

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。（食事療養の費用を除く。）  
 高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
 ※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ( )

担当医師名 印

\* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続                      該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日

再 審 査 結 果	1 適 当    2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続                      該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印
審 査 年 月 日	年 月 日

(様式第2号の6)

自立支援医療(更生医療)意見書(その他の障がい用)

申請の区分	1 新規      2 再認定      3 変更		
氏名		生年月日	年 月 日生
住所			
原傷病名			
治療経過 及び 障がいの現症	【数値等を用い、具体的に記入すること。】		
既手術年月日	年 月 日 (手術名)		
	年 月 日 (手術名)		
医療の具体的方針			
治療の形態	1 入院      2 通院 (月 回)	手術予定日	年 月 日
治療予定期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
治療効果見込み	【治療後における障がいの回復状況の見込み】		

裏面へ続く

(R2. 7)

医療費概算額（円） （*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入）	項 目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	その他				
	合 計				

※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表より行うこと。（食事療養の費用を除く。）  
 高齢者の医療の確保に関する法律の対象者は、後期高齢者医療制度の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。  
 ※ 上欄に算定できるのは、更生医療の対象に限定したものであること。

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所在地

電話番号 ( )

担当医師名 印

\* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注)この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄		
審 査 結 果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査	
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】	
	<table border="1"> <tr> <td>重度かつ継続</td> <td>該 当 ・ 非 該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当	
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審 査 年 月 日	年 月 日	

再 審 査 結 果	1 適 当    2 不 適 当	
	【不適當の理由】	
	<table border="1"> <tr> <td>重度かつ継続</td> <td>該 当 ・ 非 該 当</td> </tr> </table>	重度かつ継続
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当	
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学 印	
審 査 年 月 日	年 月 日	



(様式第3号)

送付先: 福島県障がい者総合福祉センター身体障がい者福祉課 行 (FAX 024-521-2873)

### 同時申請連絡票

送信年月日	年 月 日
市町村名	
担当者名	
電話番号	

下記の者から身体障害者手帳と自立支援医療(更生医療)の同時申請がありましたので、福島県自立支援医療費(更生医療)支給認定に係る判定事務取扱要領6の(1)のウの規定に基づき提出します。

#### 記

(フリガナ)			
氏名		年 月 日生	歳
居住地			
身体障害者手帳	申請の区分	1 新規申請 2 障がいの追加	
	診断書作成機関名		
	申請書進達予定日		
	※手帳交付希望日	年 月 日 (*治療開始日と同じ日付)	
更生医療	障がいの区分	1 心臓 2 じん臓 3 肝臓 4 その他	
	医療の内容		
	指定自立支援医療機関名	*手帳診断書作成機関と違う場合のみ記入	
	治療開始日	年 月 日	
	手術予定日	年 月 日	
備考			
確認	年 月 日 市町村担当者から電話連絡(有・無)		

※ FAX送信前に必ず電話連絡し、担当者の指示を受けること。(電話024-521-2824)

※ FAX送信時は、身体障害者手帳交付希望日のみを記入のこと。

処 理 欄	申請書受理年月日	年 月 日
	手帳交付日	
	手帳番号	
	障がい等級	

(R2. 7)

(様式第4号)

自立支援医療(更生医療)判定書

障 総 第 号  
年 月 日

様

福島県障がい者総合福祉センター所長

年 月 日 付けの依頼については、下記のとおり判定します。

記

氏 名		生年月日	年 月 日生	満 歳
居 住 地				
判 定 年 月 日	年 月 日	判定書番号	第 号	
障 が い 名				障がい等級
総 合 判 定				
医 学 的 判 定	障 が い の 状 況	<傷病名>		
	意 見	重度かつ継続	該当・非該当	
更 生 医 療	具 体 的 内 容	年 月 日から 年 月 日まで 入院・通院 日間		
	治 療 効 果 見 込			
	指 定 自 立 支 援 医 療 機 関 名			
	医 療 費 概 算 額	円		

※ 重度かつ継続は、「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」のうち、第2号の疾病等から対象となる者についての判定です。第1号については、貴職にて確認願います。(R2. 7)

(様式第5号)

自立支援医療(更生医療)判定依頼取り下げ書

第 号  
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

市 町 村 長 印

年 月 日に依頼しました自立支援医療(更生医療)の判定依頼について、下記の理由により取り下げます。

記

1 申請者氏名

2 申請者住所

3 取り下げ理由



(参考様式2)

## 自立支援医療(更生医療)治療経過及び予定報告書

年 月 日

様

指定自立支援医療機関名

主として担当する医師氏名

印

自立支援医療(更生医療)の治療経過及び予定について、下記のとおり報告します。

記

受給者氏名	生年月日	年 月 日
自立支援医療費 受給者番号		
治療経過の概要 (請求額も併せて 記入すること)		
今月の治療の 予定概要		
医療の具体的方針及 び期間の延長を求め る場合はその旨を記 入すること		
その他		

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に基づく  
自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定等事務処理要領

第1 申請及び届出の事務

1 指定の申請

- (1) 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59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の指定を申請しようとする者及び指定自立支援医療機関の指定を受けた事項のうち、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。以下「規則」という。）第57条第1項第5号に規定する担当しようとする自立支援医療の種類を変更しようとする者（以下「申請者」という。）は、「指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書」（様式第1号。以下「指定申請書」という。）を作成し、指定申請書添付書類を添付のうえ、指定申請に係る医療機関等の所在地を管轄する県保健福祉事務所に提出するものとする。県保健福祉事務所長は必要書類について確認のうえ、知事に進達するものとする。

なお、書類の提出先等にかかる取扱いについては、以下第2までにおいて同様とする。

- (2) 申請者は、申請の際に育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、指定申請書にその旨を明記すること。

なお、特段の申出がない場合は、育成医療及び更生医療双方の申請があったものとして取り扱うこととする。

- (3) 知事は指定申請書の提出があった場合、審査した結果を、速やかに申請者へ通知するものとする。

なお、指定年月日は、原則として、指定の決定をした日の属する月の翌月初日とする。

- (4) 知事は病院又は診療所に係る指定申請において、指定することが適当か否かの判断が困難であるものについては、福島県社会福祉審議会に諮問するものとする。

2 更新の申請

- (1) 法第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関の更新を申請しようとする者（以下「更新申請者」という。）は、「指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書」（様式第2号。以下「更新申請書」という。）を県保健福祉事務所に提出するものとする。

なお、当該更新申請書の提出の際、前項の変更の届出を行うべき事項等に変更がある場合は、変更届を併せて提出するものとする。

- (2) 知事は更新申請書の提出があった場合、審査した結果を、速やかに更新申請者へ通知する。

なお、更新年月日は、原則として、更新の決定をした日の属する月の翌月初日とする。

3 変更の届出

法第64条の規定に基づき指定自立支援医療機関の名称及び所在地その他規則第61条に定める変更の届出を行うべき事項等に変更が生じた場合には、「指定自立支援医療機関

（育成医療・更生医療）変更届」（様式第3号。以下「変更届」という。）を県保健福祉事務所に提出するものとする。

なお、変更届には、指定申請書の添付書類に準じた書類を提出するものとする。

#### 4 休止等の届出 休止等の届出

規則第63条の規定に基づき指定自立支援医療機関を休止、廃止、再開しようとする場合には、「指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止等届」（別紙様式1）を県保健福祉事務所に提出するものとする。健福祉事務所に提出するものとする。

#### 5 辞退の申出 辞退の申出

法第65条の規定に基づき指定自立支援医療機関の指定を辞退しようとする場合には、辞退をしようとする一月前までに「指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）辞退届」（別紙様式2）を県保健福祉事務所に提出するものとする。

## 第2 審査（確認）

審査（確認）については、次に掲げる事項を満たしているかどうかを判断するものとする。

- 1 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程（平成18年厚生労働省告示第65号。以下、「療担規程」という。）に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であり、かつ、病院及び診療所にあつては、現に自立支援医療の対象となる身体障がい者の治療を行っていること。
- 2 患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについての体制が整備されていること。
- 3 病院及び診療所にあつては、自立支援医療を行うため、担当しようとする医療の種類について、その診断及び治療を行うに当たって、十分な医療スタッフ等の体制及び医療機器等の設備を有しており、適切な標榜科が示されていること。

なお、特に必要とされる体制及び設備は次のとおりである。

- (1) 心臓脈管外科に関する医療を担当する場合  
心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備を有していること。
- (2) 心臓移植に関する医療を担当する場合  
移植関係学会合同委員会において、心臓移植術実施施設として選定された施設であること。
- (3) 心臓移植術後の抗免疫療法を担当する場合  
心臓移植術実施施設又は心臓移植術後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により心臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。
- (4) 腎臓に関する医療を担当する場合  
血液浄化療法に関する機器及び専用のスペースを有していること。
- (5) 腎移植に関する医療を担当する場合  
腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置（機器）を備えていること。

(6) 肝臓移植に関する医療を担当する場合

移植関係学会合同委員会において、肝臓移植術実施施設として選定された施設であること又は「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）で定める生体部分肝移植術に関する施設基準を満たしている施設であること。

(7) 肝臓移植術後の抗免疫療法を担当する場合

肝臓移植術実施施設又は肝臓移植術後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により肝臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。

(8) 免疫に関する医療を担当する場合

各診療科医師の連携により総合的なHIV感染に関する診療が実施できる体制及び設備であること。

4 薬局にあつては、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、3年以上の十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有していること。また、出入口、通路、待合室などの段差の解消、車椅子の回転スペースの確保など、身体障がい者に配慮した設備構造等が確保されていること。

なお、新規開局する保険薬局にあつては、当該薬局における管理者（管理薬剤師）が過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ、当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。

5 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護を行う者に限る。）若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第8条の2第4項に規定する介護予防1項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。））にあつては、原則として、現に育成医療又は更生医療の対象となる訪問看護等を行っており、かつ、療担規程に基づき、適切な訪問看護等が行える事業所であること。また、そのために必要な職員を配置していること。

6 病院及び診療所にあつては、指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師が、次に掲げる要件を満たしていること。

(1) 当該指定自立支援医療機関における常勤の医師又は歯科医師であること。

ただし、歯科矯正に関する医療を主として担当する歯科医師にあつては、当該指定自立支援医療機関において、障害の治療に対する診療時間が十分に確保され、当該医師が不在の場合においても、当該指定自立支援医療機関の常勤歯科医師による応急的な治療不在の場合においても、当該指定自立支援医療機関の常勤歯科医師による応急的な治療体制が整備されている場合については、専任の歯科医師でも差し支えない。

(2) それぞれの医療の種類の種類につき、適切な医療機関における研究、診療従事年数が、医籍又は歯科医籍登録後、通算して5年以上あること。

なお、適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む。）、医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院又はそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指すものである。

(3) 中枢神経、心臓移植、心臓移植術後の抗免疫療法、腎臓、腎移植、小腸、肝臓移植、肝臓移植術後の抗免疫療法及び歯科矯正に関する医療を主として担当する医師又



は歯科医師にあつては、(1)及び(2)に掲げる要件のほか、次の事項についても審査対象とする。

①中枢神経に関する医療

これまでの研究・診療経験と、育成医療又は更生医療で対象としている医療内容に関連性が認められるものであること。

②心臓移植に関する医療

心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準における心臓移植術経験者であること。

③心臓移植術後の抗免疫療法による医療

臨床実績を有する者又は心臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。

④腎臓に関する医療

血液浄化療法に関する臨床実績が1年以上あること。

⑤腎移植に関する医療

腎移植に関する臨床実績が3例以上あること。

⑥小腸に関する医療

中心静脈栄養法について20例以上、経腸栄養法について10例以上の臨床経験を有していること。

⑦肝臓移植に関する医療

生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術に関する臨床実績が3例以上あること。

⑧肝臓移植術後の抗免疫療法による医療

臨床実績を有する者又は肝臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。

⑨歯科矯正に関する医療

これまでの研究内容と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められ、かつ、5例以上の経験を有していること。

(附則)

この事務処理要領は、平成18年4月1日から施行する。

(附則)

この事務処理要領は、平成18年11月1日から施行する。

(附則)

この事務処理要領は、平成21年6月30日から施行する。

(附則)

この事務処理要領は、平成22年4月1日から施行する。

(附則)

この事務処理要領は、平成22年5月1日から施行する。

(附則)

この事務処理要領は、平成24年10月23日から施行する。

(附則)

この事務処理要領は、平成25年4月1日から施行する。

(附則)

- 1 この事務処理要領は、平成30年10月1日から施行する。
- 2 本要領の改正前、現に提出されている改正前の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に基づく指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定等事務処理要領（以下「改正前の要領」という。）による様式は、改正後の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に基づく指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定等事務処理要領による要領による様式とみなす。
- 3 本要領の施行の際、現に作成されている改正前の要領による様式は、所用の調整をして使用することができる。

※ 薬局・訪問看護にかかる様式は省略します。

様式第 1 号

(その 1) (病院・診療所用)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書

保険医療機関	名 称	(医療機関番号 )		
	所 在 地	郵便番号 ( - )		
	電 話 番 号	( )	-	
	ファクシミリ番号	( )	-	
	電子メールアドレス			
開 設 者	主たる事務所の所在地又は住所			
	名称又は氏名			
	生 年 月 日		職名	
標ぼうしている診療科名				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師又は歯科医師の氏名				
主として担当する医師又は歯科医師の生年月日、住所及び経歴		(別紙 1)	指定自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	(別紙 2)
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		
<p>上記のとおり、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第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p>また、同法第 59 条第 3 項で準用する同法第 36 条第 3 項（第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>主たる事務所の所在地</p> <p>開設者 名 称</p> <p>代表者の氏名 ㊟</p> <p>(個人にあつては、住所及び氏名)</p> <p>(福島県 保健福祉事務所長経由)</p> <p>福島県知事</p>				

## 備考

- 1 この申請書は、担当しようとする医療の種類毎に作成してください。
- 2 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療を二重線で消去してください。
- 3 「担当しようとする医療の種類」欄は、次のうち担当しようとするものを記入してください。

(1) 眼科に関する医療	(2) 耳鼻咽喉科に関する医療
(3) 口腔に関する医療	(4) 整形外科に関する医療
(5) 形成外科に関する医療	(6) 中枢神経に関する医療
(7) 脳神経外科に関する医療	(8) 心臓脈管外科に関する医療
(9) 心臓移植に関する医療	(10) 心臓移植術後の抗免疫療法による医療
(11) 腎臓に関する医療	(12) 腎移植に関する医療
(13) 小腸に関する医療	(14) 歯科矯正に関する医療
(15) 免疫に関する医療	

### (誓約項目)

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 59 条第 3 項で準用する同法第 36 条第 3 項各号(第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く)に該当しないことを誓約すること。

#### 1 第 4 号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

#### 2 第 5 号関係

申請者が、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その他の法律(児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

#### 3 第 5 号の 2 関係

申請者が、労働に関する法律(労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

#### 4 第 6 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過していない。

##### (1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法(平成 5 年法律第 88 号)第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に法人の役員又は医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であった者で、取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。

##### (2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。

5 第 8 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して 5 年を経過していない。

6 第 9 号関係

申請者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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して 5 年を経過していない。

7 第 10 号関係

第 8 号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第 8 号の通知の日前 60 日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して 5 年を経過していない。

8 第 11 号関係

申請者が、指定の申請前 5 年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第 12 号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第 4 号から第 11 号までのいずれかに該当する。

10 第 13 号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第 4 号から第 11 号までのいずれかに該当する。

## 経 歴 書

学 位		ふり 氏 名		生年月日	
住 所					
関係学会 加入状況					
年 月 日	任 免 事 項 等		師事した指導者の氏名及び学位論文名又は学会の提出した論文名		

## 備考

- 1 「関係学会加入状況」欄には、現に加入している学会名及び加入年月日を記入してください。
- 2 「任免事項等」欄には、次の点に留意し、記入してください。
  - (1) 医師免許を取得した旨を記入してください。
  - (2) 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し、又は研究等のために利用した施設については、関係した専門科目名まで必ず記入してください。(例えば、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記入し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないでください。)
  - (3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記入してください。
  - (4) 非常勤職員については、1か月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記入してください。
  - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入してください。(例えば、〇〇医科大学整形外科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院週2日(延〇時間勤務)等)
  - (6) 大学院については、専門コースを明確に記入してください。(例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 3 研究内容に関する証明書(別紙証明書1)及び医師免許証の写しを添付してください。
- 4 心臓移植術後の抗免疫療法による医療を、当該医療機関の医師が担当しようとする場合は心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(別紙証明書2(その1))を、他の連携する医療機関の医師が担当する場合は心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(別紙証明書2(その2))を添付してください。
- 5 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、人工透析に関する研修・臨床実績証明書(別紙証明書3)及び中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書(別紙証明書4)を添付してください。

別紙証明書 1

研究内容に関する証明書

指定申請にかかる医療機関名	
主たる担当医師又は歯科医師の氏名	

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

年 月 日～ 年 月 日  
月間 (1 週 日 時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

年 月 日～ 年 月 日  
月間 (1 週 日 時間)

(3) その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏名



別紙証明書 2

心臓移植（腎移植・肝臓移植・歯科矯正）に関する臨床実績証明書

指定申請に係る医療機関名	
主たる担当医師の氏名	

臨床実績

移植等実施日	患者性別	年 齢	実施医療機関	摘 要
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

㊞

備考

- 1 「指定申請に係る医療機関名」欄には、正式名称を記入してください。
- 2 「主たる担当医師の氏名」欄には、心臓移植、腎移植、肝臓移植又は歯科矯正に関する医療を主として担当する医師の氏名を記入してください。
- 3 臨床実績を証明する欄には、次に掲げる医療の種類に応じて定める症例数以上の症例を、直近時からさかのぼって記入してください。記入する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入してください。
  - (1) 心臓移植 1例
  - (2) 腎移植 3例
  - (3) 肝臓移植（生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術） 3例
  - (4) 歯科矯正（口唇列、口蓋裂等の形成術） 5例
- 4 「摘要」欄には、肝臓移植にあつては生体部分肝移植術と同種死体肝移植術の別を、歯科矯正にあつては具体的な手術名を記入してください。



別紙証明書 3

(その1) (指定医療機関の医師用)

心臓移植術後の抗免疫療法 (肝臓移植術後の抗免疫療法) に関する臨床実績証明書

指定申請に係る医療機関名		主たる担当医師の氏名	
期	間	症例数	実施医療機関名等
年 月～	年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 (肝臓移植術後の抗免疫療法)
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		心臓移植術 (肝臓移植術)
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名



備考

- 1 「指定申請に係る医療機関名」欄には、正式名称を記入してください。
- 2 「主たる担当医師の氏名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法又は肝臓移植術後の抗免疫療法による医療を主として担当する医師の氏名を記入してください。
- 3 「期間」、「症例数」及び「実施医療機関名等」欄には、「主たる担当医師の氏名」欄に記載された医師がこれまでに心臓移植術後の抗免疫療法又は肝臓移植術後の抗免疫療法による医療を実施した実績を直近時からさかのぼって記入してください。また、当該医師に心臓移植術又は肝臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術又は肝臓移植術についても記入してください。なお、移植関係学会合同委員会において心臓移植実施施設又は肝臓移植実施施設として選定された施設で、心臓移植術又は肝臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法又は肝臓移植術後の抗免疫療法による臨床研修等の経験がある場合は、併せて 記入してください。
- 4 国外の医療機関において心臓移植術又は肝臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法又は肝臓移植術後の抗免疫療法による医療を実施した実績がある場合は、「摘要」欄に国名を記入してください。

(その2) (連携医療機関の医師用)

心臓移植術後の抗免疫療法 (肝臓移植術後の抗免疫療法) に関する臨床実績証明書

連携する 医療機関名		連携する 医師の氏名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	摘 要
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術 (肝臓移植術)	
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 (肝臓移植術後の抗免疫療法)	
連携する医師の経歴書	生年月日		学位
年 月 日	任免事項等	師事した指導者の氏名及び学位論文名又は学会に提出した論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名



備考

- 「連携する医療機関名」欄には、正式名称を記入してください。
- 「連携する医師の氏名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法又は肝臓移植術後の抗免疫療法による医療について連携する医師の氏名を記入してください。
- 「期間」、「症例数」及び「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師の氏名」欄に記載された医師がこれまでに心臓移植術又は肝臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法又は肝臓移植術後の抗免疫療法による医療を実施した実績を直近時からさかのぼって記入してください。なお、移植関係学会合同委員会において心臓移植又は肝臓移植実施施設として選定された施設で、心臓移植術又は肝臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法又は肝臓移植術後の抗免疫療法による臨床研修等の経験がある場合は、併せて 記入してください。
- 国外の医療機関において心臓移植術又は肝臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法又は肝臓移植術後の抗免疫療法による医療を実施した実績がある場合は、「摘要」欄に国名を記入してください。
- 「任免事項等」欄については、「経歴書 (別紙1)」の備考2に留意し、記入してください。

別紙証明書 4

人工透析に関する研修・臨床実績証明書

指定申請にかかる医療機関名	
主たる担当医師の氏名	

1 専門研修

(1) 研修期間

年 月 日～ 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
年 月～ 年 月	人	回	
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有 ( 年度研修)

(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

㊟

備考 1 から 3 までのうち証明する番号を○で囲み、所要事項を記入してください。

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

指定申請に係る医療機関名		主たる担当 医師の氏名			
臨床実績					
医療機関名	種 類	患者 性別	年 齢	期 間	在宅中心 静脈栄養法
	中心静脈 栄養法			年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日	
	経 腸 栄養法			年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明する。  
年 月 日

医療機関名  
氏 名



備考

- 1 「主たる担当医師の氏名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記入してください。
- 2 臨床実績を証明する欄には、既定の症例数（中心静脈栄養法 20 例以上、経腸栄養法 10 例以上）について、個々の症例ごとに、患者性別、年齢、期間を直近時からさかのぼって記入してください。記入する欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入してください。
  - (1) 同一症例に対して断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例として数えて差し支えないこととします。
  - (2) 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが 10 日間以上のものを症例として計上してください。  
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は 1 回とみなし、複数の症例として計上しないでください。
  - (3) 「在宅中心静脈栄養法」欄には、中心静脈栄養法のうち、在宅中心静脈栄養法を行った場合に○を付けてください。

別紙2

指定自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数量	品 目	数量
設 備 (主要なもの)				
体 制				

備考 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記入してください。

様式第2号

(その1) (病院・診療所用)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書

保険医療機関	名 称	(医療機関番号 )		
	所 在 地	郵便番号 ( - )		
	電 話 番 号	( )	-	
	ファクシミリ番号	( )	-	
	電子メールアドレス			
開 設 者	主たる事務所の所在地又は住所			
	名称又は氏名			
	生 年 月 日		職名	
標ぼうしている診療科名				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師又は歯科医師の氏名				
自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更の有無			有 ・ 無	
自立支援医療を行うための入院設備の定員			人	
<p>上記のとおり、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第 60 条第 1 項の規定に基づき、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定の更新を受けたいので、申請します。</p> <p>また、同法第 59 条第 3 項で準用する同法第 36 条第 3 項（第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>主たる事務所の所在地</p> <p>開設者 名 称</p> <p>代表者の氏名 ⑩</p> <p>(個人にあつては、住所及び氏名)</p> <p>(福島県 保健福祉事務所長経由)</p> <p>福島県知事</p>				

## 備考

- 1 この申請書は、担当しようとする医療の種類毎に作成してください。
- 2 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定の更新を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療を二重線で消去してください。
- 3 「担当しようとする医療の種類」欄は、次のうち担当しようとするものを記入してください。

(1) 眼科に関する医療	(2) 耳鼻咽喉科に関する医療
(3) 口腔に関する医療	(4) 整形外科に関する医療
(5) 形成外科に関する医療	(6) 中枢神経に関する医療
(7) 脳神経外科に関する医療	(8) 心臓脈管外科に関する医療
(9) 心臓移植に関する医療	(10) 心臓移植術後の抗免疫療法による医療
(11) 腎臓に関する医療	(12) 腎移植に関する医療
(13) 小腸に関する医療	(14) 肝臓移植に関する医療
(15) 肝臓移植術後の抗免疫療法による医療	(16) 歯科矯正に関する医療
(17) 免疫に関する医療	
- 4 担当しようとする医療の種類を変更しようとする場合は、様式第1号(その1)(病院・診療所用)を提出してください。
- 5 「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更の有無」において、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更があった場合は、様式第1号(その1)(病院・診療所用)の別紙2を添付してください。
- 6 その他、直近の指定申請(変更届を含む)から、変更の届出を行うべき事項等に変更が生じた場合は、様式第9号(その1)(病院・診療所用)を併せて提出してください。

### (誓約項目)

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59条第3項で準用する同法第36条第3項各号(第1号から第3号まで及び第7号を除く)に該当しないことを誓約すること。

#### 1 第4号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

#### 2 第5号関係

申請者が、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その他の法律(児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

#### 3 第5号の2関係

申請者が、労働に関する法律(労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

#### 4 第 6 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過していない。

##### (1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法（平成 5 年法律第 88 号）第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で、取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。

##### (2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。

#### 5 第 8 号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して 5 年を経過していない。

#### 6 第 9 号関係

申請者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の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して 5 年を経過していない。

#### 7 第 10 号関係

第 8 号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第 8 号の通知の日前 60 日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して 5 年を経過していない。

#### 8 第 11 号関係

申請者が、指定の申請前 5 年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

#### 9 第 12 号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第 4 号から第 11 号までのいずれかに該当する。

#### 10 第 13 号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第 4 号から第 11 号までのいずれかに該当する。



様式第3号

(その1) (病院・診療所用)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 変更届

保険 医療 機関	名 称	(医療機関番号 )		
	所 在 地	郵便番号 ( - )		
	電 話 番 号	(変更前)		
		(変更後)		
	ファクシミリ 番 号	(変更前)		
		(変更後)		
電子メール ア ド レ ス	(変更前)			
	(変更後)			
開 設 者	主たる事務所の 所在地又は住所	(変更前)		
		(変更後)		
	名称又は氏名	(変更前)		
		(変更後)		
	生 年 月 日	(変更前)		
		(変更後)		
	職 名	(変更前)		
		(変更後)		
標 ぼう して いる 診 療 科 名	(変更前)			
	(変更後)			
主として担当する医師又 は 歯 科 医 師 の 氏 名	(変更前)			
	(変更後)			
主として担当する医師又は 歯科医師の経歴 (変更後のみ)	(別紙1)	指定自立支援医療を行うために必要な体制 及び設備の概要 (変更した箇所のみ)	(別紙2)	
自立支援医療を行うた めの入院設備の定員	(変更前)	人		
	(変更後)	人		
変 更 年 月 日	年 月 日			
<p>上記のとおり、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第64条の規定に基づき、変更の届出を行うべき事項等に変更が生じたため届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">主たる事務所の所在地 開 設 者 名 称 代 表 者 の 氏 名 (印) (個人にあっては、住所及び氏名)</p> <p>(福島県 保健福祉事務所長経由) 福島県知事</p>				

#### 備考

- 1 この届出は、担当しようとする医療の種類毎に作成してください。
- 2 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を受けている場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、該当しない部分を二重線で消去してください。
- 3 別紙1は、様式第1号(その1)(病院・診療所用)の別紙1とします。







自立支援医療(更生医療)の意見書作成に関するQ&A

No.	質 問	回 答
1	早めに意見書を作成するようにとのことですが、半年前に作成してもよいですか。	病状や治療内容が変更になることも考えられますので、治療予定期間の始まる3か月程度前から作成するようお願いします。
2	通院で人工透析療法を受けている方が、短期間に入院と退院を繰り返す予定です。入院の意見書は、1枚でもよいですか。	1つの入院期間につき1枚の意見書を作成するようお願いいたします。
3	通院で人工透析療法を受けている方について、検査の有無によって、医療費概算額が月ごとに変わることがあります。その都度、変更の手続き(意見書の作成)が必要ですか。	その都度の変更手続きは不要です。 新規・再認定の意見書を作成する際に、医療費概算額の1か月目に「通常時」、2か月目に「検査実施時」等と欄外に表示して、医療費概算額を記載してください。 (P33の『その他の機能障がい』の医療費概算額の記載例を参考にしてください。)
4	当院は、包括医療費支払制度(DPC)を採用しています。医療費概算額は、どのように記載すればよいですか。	余白部分に「DPC採用」等と記載し、包括評価部分は「入院(再診)料」欄に記載し、出来高評価部分については、該当する欄に記載してください。 どの欄に記載するか不明のものについては、県障がい者総合福祉センターへお問い合わせください。
5	患者さんの主治医は、更生医療を主として担当すると承認された医師ではありません。この場合、主治医は、更生医療の意見書を作成することはできますか。	更生医療の意見書は、更生医療を主として担当すると承認された医師が作成すること(国の実施要綱第3の2)となっていますので、ご質問のケースの主治医は意見書を作成することができません。
6	更生医療を主として担当すると承認された医師が、退職(異動)することになりました。何か手続きが必要ですか。	別の医師が更生医療を担当する場合には、変更の手続きが、更生医療の診療を辞める場合には辞退の手続きが必要になります。 手続きの詳細は、最寄りの保健福祉事務所又は県庁障がい福祉課にお問い合わせください。 (中核市に所在する医療機関は、中核市の障がい福祉担当課にお問い合わせください。)

問 い 合 わ せ 先

**自立支援医療（更生医療）の制度、指定自立支援医療機関については**

**【福島県保健福祉部障がい福祉課】**

〒960-8670 福島市杉妻町2番16号

電話 024-521-7171 FAX024-521-7929

**自立支援医療（更生医療）の意見書の記入方法については**

**【福島県障がい者総合福祉センター】**

〒960-8670 福島市杉妻町2番16号 北庁舎1階

電話 024-521-2824 FAX024-521-2873