

【説明用：全医療機関】

令和元年度指定自立支援医療機関 (更生医療) 医事担当者等説明会

【 資 料 】

- | | | |
|---|--------------------------------|----|
| 1 | 自立支援医療（更生医療）とは（総論）・・・・・・・・・・ | 1 |
| 2 | 自立支援医療（更生医療）意見書の作成について・・・・・・・・ | 9 |
| 3 | 自立支援医療（更生医療）同時申請について・・・・・・・・ | 35 |
| 4 | 指定自立支援医療機関の指定、更新等について・・・・・・・・ | 41 |

令和2年3月2日（月）

大分県福祉保健部障害福祉課 TEL：097-506-2723

大分県こころとからだの相談支援センター

(大分県身体障害者更生相談所) TEL：097-542-1209

1 自立支援医療(更生医療)とは(総論)

(1) 更生医療の定義

更生医療は、疾病、事故、災害等による身体損傷に対する一般医療(治療)を終えすでに治癒した身体障害者に対し、その障害を除去または軽減し、日常生活を容易にすることを目的とした医療。
したがって、更生医療の対象は疾病ではなく、障がいそのもの。

(2) 更生医療関係法令等

- 障害者総合支援法 第5条第22項、第52条～69条等
- 障害者総合支援法施行令 第1条、第27条～第42条
- 障害者総合支援法施行規則 第6条の18、第35条～第65条の3

(3) 更生医療の給付対象者

更生医療の給付を受けることができるのは、
① 18歳以上の者(18歳未満は育成医療)
② 更生医療の対象となる疾患の身体障害者手帳を所持する者
③ 医療により、障がいを軽減あるいは機能の維持が保たれる等の効果が期待できる者

(4) 更生医療の範囲・対象

【根拠】自立支援医療費(更生医療)支給認定実施要綱

① 範囲： 障害者総合支援法施行規則第6条の18に示される障がいのうち、臨床症状が消退しその障がい永続するものについて、当該障がいに対して確実な治療効果が期待できるものに限る。

※対象障がい

ア	視覚障がい
イ	聴覚・平衡機能障がい
ウ	音声・言語・そしゃく機能障がい
エ	肢体不自由
オ	内部障がい(心臓・じん臓・小腸・肝臓)
※	<u>呼吸器・ぼうこう・直腸を除く</u>
カ	免疫機能障がい

(対象疾病例は、別紙2参照)

② 対象：

- ・ 診察
- ・ 薬剤または治療材料の支給
- ・ 医学的処置、手術その他の治療並びに施術
- ・ 病院または診療所への入院
- ・ 看護、移送(リハビリテーション含む)

③ 自己負担： 原則1割
自己負担について、受給者の属する「世帯」の収入等に応じて区分を設け、その所得区分ごとに負担上限額が設定される。(別紙1参照)

自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み

- ① 利用者負担が過大なものとならないよう、所得に応じて1月当たりの負担額を設定。(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。

所得区分	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	対象外	対象外	20,000円
中間所得	医療保険の高額療養費 ※精神通院の殆どは重度かつ継続	10,000円	10,000円
		5,000円	5,000円
低所得2	5,000円	5,000円	5,000円
低所得1	2,500円	2,500円	2,500円
生活保護	0円	0円	0円

市町村民税	市町村民税課税	市町村民税非課税
235,000円以上	市町村民税 33,000円以上 235,000円未満	市町村民税非課税 (本人収入が800,001円以上)
	市町村民税課税以上 235,000円未満	市町村民税非課税 (本人収入が800,000円以下)
	市町村民税課税以上 33,000円未満	生活保護世帯

「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] 医療保険の多数該当の者

【参考】更生医療の対象となる医療の代表例

障がいごとの代表的な医療を表1に挙げるが、ここにはないものも含め、障がい種別や原因となった傷病名及び病態等により、個別に判断する。

表1 代表的な医療

障がい名	医療内容例	原因疾患例
視覚障がい	角膜移植術	角膜ジストロフィー
聴覚障がい	人工内耳埋め込み術	感音性難聴
音声・言語・そしゃく機能障がい	口唇形成術、口蓋形成術	口唇口蓋裂
	歯科矯正	唇顎口蓋裂後遺症
肢体不自由	人工関節置換術、関節形成術、骨切り術 脊椎固定術、椎弓切除術	変形性関節症 脊柱・脊髄疾患
じん臓機能障がい	人工透析療法、腹膜透析療法 じん臓移植術、移植に伴う抗免疫療法	慢性腎不全、慢性腎炎
心臓機能障がい	冠動脈バイパス術 弁置換術	心筋梗塞 弁閉鎖不全症・狭窄症
小腸機能障がい	中心静脈栄養法	クローン病
免疫機能障がい	抗HIV療法	ヒト免疫不全ウイルス(HIV)
肝臓機能障がい	肝臓移植術、移植後抗免疫療法	C型肝炎、肝硬変

(5) 更生医療と生活保護の請求方法について(レセプト記載方法)

- 自立支援医療（更生医療）の対象とならない医療費については、生活保護（医療扶助）にて支給。
- 更生医療の対象とならない医療を併用で診療した場合
 - ・ 公費①の欄に自立支援医療（更生医療）に係る点数を記載。
 - ・ 公費②の欄に生活保護に係る点数を記載。
- ※ 公費①と公費②の請求点数合算額が総医療費となる。
- ※ 摘要欄には、別添のとおり記載すること。

別添1-1 (レセプト記載方法:入院外)

様式第二(二)(第二条関係)

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

平成 年 月 分

1	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外9
医科	2 公費	4 退職	2 2併	4 三外	0 高外7
			3 3併	6 家外	

市町村番号		老人医療の受給者番号	
公費負担者番号①	15	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②	12	公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		給付割合	1098
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号			

氏名		特記事項	
性別	1男 2女	年齢	1明 2大 3昭 4平 生
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		

診療開始日	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療日数	5日
	(2) 年 月 日					①公費	7日
	(3) 年 月 日					②公費	

11	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
12	再診		× 12	回	852
	外来管理加算		×	回	
	再時間外		×	回	
	診休日		×	回	
	深夜		×	回	

公費①(自立支援医療(更生医療))請求点数と公費②(生活保護)の点数を合算した点数が総医療費となる。

13	医学管理			2,305	2,305
14	往診		回		
	夜間		回		
	深夜・緊急		回		
	在宅患者訪問診療		回		
	その他		回		
	在宅薬剤				
20	投薬	21 内服薬剤	200 単位	3,000	1,000
		22 屯服薬剤	9 × 3 単位	27	9
		23 外用薬剤	単位		

左側の欄に総医療費を記載する。
(例)人工透析療法に伴う薬剤(A,B,C):1,000点 + C型肝炎に係る薬剤D:1,000点 + アレルギー性鼻炎に係る薬剤E:1,000点 = 3,000点

右側の欄に人工透析(自立支援医療(更生医療))に係る医療費を記載する。
(例)人工透析療法に伴う薬剤A:400点 + 人工透析療法に伴う薬剤B:300点 + 人工透析療法に伴う薬剤C:300点 = 1,000点

薬	25 処方	42 × 3	回	126	42
	26 麻毒		回		
	27 翻基		回		
30	注射	31 皮下筋肉内	回		
		32 静脈内	回		
		33 その他	回		
40	処置	薬剤	12	回	27,000
50	手術	薬剤		回	
60	検査	薬剤	6	回	2,000
70	画像	薬剤	2	回	500
80	その他	処方せん		回	

- 〔自立支援医療(更生医療)分〕
- * 人工透析療法に係る薬剤A ○×△
 - * 人工透析療法に係る薬剤B □×△
 - * 人工透析療法に係る薬剤C □×△
- 〔生活保護(医療扶助)分〕
- * C型肝炎に係る薬剤D △×○
 - * アレルギー性鼻炎に係る薬剤E ○×□

摘要欄の内訳の記載について、自立支援医療(更生医療)に係る分と生活保護(医療扶助)に係る分を適宜の記載方法で明確にすること。

公費①に自立支援医療(更生医療)に係る請求点数を記載する。

公費②に生活保護(医療扶助)に係る請求点数を記載する。
総医療費 - 公費① = 公費②

請求点	※	決定点	一部負担金額	円
公費①	30,711	点	減額 割(円)免除・支払猶予	円
公費②	5,099	点	円	※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

別添1-2 (レセプト記載方法:入院外)

様式第二(二)(第二条関係)

○診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府県番号 医療機関コード

1	1 社・国 2 公費	3 老人 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外7
1	1 社・国 2 公費	3 老人 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外7

平成 年 月 分

市町村番号		老人医療の受給者番号	
公費負担者番号①	15	公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②	12	公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		給付割合	1098
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号			

氏名	特記事項		
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生			
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

診療開始日	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	5日
	(2) 年 月 日					公費①	7日
	(3) 年 月 日					公費②	

傷病名	(1) 慢性腎不全 (2) C型肝炎 (3) アレルギー性鼻炎 (4)
-----	--

11 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費①	公費②
12 再診	× 12	回	852	355	497
再診	外来管理加算	×			
	時間外	×			
	休日	×			
	深夜	×			
13 医学管理			2,305	2,305	
14 往診		回			
在	夜間	回			
	深夜・緊急	回			
	在宅患者訪問診療	回			

公費①の欄に人工透析(自立支援医療(更生医療))に係る医療費を記載する。

公費②の欄に生活保護(医療扶助)に係る医療費を記載する。

20 投薬	21 内服薬	200	単位	3,000	1,000	2,000
	22 外用薬	9 × 3	回	27	9	18
	23 処方	×	回			
	25 麻薬	42 × 3	回	126	42	84
	27 調剤		回			
30 注射	31 皮下筋肉内		回			
	32 静脈内		回			
	33 その他		回			
40 処置		12	回	27,000	27,000	
50 手術			回			
60 検査		6	回	2,000		2,000
70 画像		2	回	500		500
80 その他			回			

公費①(自立支援医療(更生医療))請求点数と公費②(生活保護)の点数を合算した点数が総医療費となる。

- (21) [自立支援医療(更生医療)分]
- * 人工透析療法に係る薬剤A ○×△
 - * 人工透析療法に係る薬剤B □×△
 - * 人工透析療法に係る薬剤C □×△
- [生活保護(医療扶助)分]
- * C型肝炎に係る薬剤D △×○
 - * アレルギー性鼻炎に係る薬剤E ○×□

摘要欄の内訳の記載について、自立支援医療(更生医療)に係る分と生活保護(医療扶助)に係る分を適宜の記載方法で明確にすること。

公費①に自立支援医療(更生医療)に係る請求点数を記載する。

公費②に生活保護(医療扶助)に係る請求点数を記載する。

療養給付	請求点数	※ 決定点	一部負担金額	円
公費①	30,711	点	減額割(円)免除・支払猶予	円
公費②	5,099	点	円	※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

備考 1. この用紙は、日本工業規格A4番とすること。
2. ※印の欄、記入しないこと。

別添2-1 (レセプト記載方法:入院)

○診療報酬明細書 (医科入院)		都道府 県番号	医療機関コード	1 医科	1社・国 2公費	3老人 4退職	1単独 22併 33併	1本入 3三入 5家入	7高入9 9高入7					
平成 年 月 分								給付割合 1098 7()						
市町村 番号		老人医療 の受給者 番号		保険者 番号										
公費負担 番号①	15	公費負担 医療の受 給者番号①		被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号										
公費負担 番号②	12	公費負担 医療の受 給者番号②												
区分	精神 結核 療養	特記事項		保険医 療機関 の所在 地及び 名称										
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生													
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害													
傷病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) (2) (3)	年 月 日	転 入	治 ゆ	死 亡	中 止	診療 実 日 数	保 険 公 費 ① 公 費 ②	日			
11	初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費点数									
13	医学管理													
14	在宅													
20	投薬	21 内服	単位	右側の欄に人工透析(自立 支援医療(更生医療))に係 る医療費を記載する。										
		22 外用	単位											
		23 外用	単位											
		24 調剤	日											
		26 麻毒	日											
		27 調剤	日											
30	注射	31 皮下	回	左側の欄に総医療費を記 載する。										
		32 静脈	回											
		33 その他	回											
40	その他													
50	手術	薬	回	公費①(更生医療)請求点数と 公費②(生活保護)の点数を合 算した点数が総医療費になる。										
60	検査	薬	回	摘要欄の内訳の記載について、自立 支援医療(更生医療)に係る分と生 活保護(医療扶助)に係る分を明確 にする。(入院外と同様)										
70	画像	薬	回											
80	その他													
90	入院	入院年月日	年 月 日	公費①に自立支援医療(更生医 療)に係る請求点数を記載する。										
		90 入院基本料・加算	点	公費②に生活保護(医療扶助) に係る請求点数を記載する。 総医療費-公費①=公費②										
		92 特定入院料・その他	点											
			※高額療養費	円	※公費負担点数	点								
			97 基礎	円×	回	※公費負担点数	点							
			食事	円×	回	基準(生)	円×	回						
			生活	円×	日	特別(生)	円×	回						
			環境	円×	日	減・免・猶・I・II・3月起								
療養の給付	請求点	※決	定	点	負担金額	円	保	回	請求	円	※決	定	円	(標準負担額)円
公費①	点	※	点	円	減額 割(円)免除・支払猶予	円	食	回	円	※	円	円	円	
公費②	点	※	点	円	食	回	公	回	円	※	円	円	円	

様式第二(一)(第二条関係)

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

別添 2 - 2 (レセプト記載方法：入院)

[ケース 1]

生活保護受給者が入院にて自立支援医療の対象となる医療のみ受けた場合
(例) 入院 (7 日間) により人工透析のみを行った場合

療養の 給付	保険	請求点	※決定点	負担 金額	円	食 事 生 活 療 養	保 険	日	請求 円	※決定円	標準負担額 円
	①		11,130		0			①	7	13,440	
②						②					

→患者の自己負担額は 0 円。全額自立支援医療費が支給される。

(注) 食事療養費等を自立支援医療で支給できるのは、生活保護受給者及び生活保護移行防止措置により食事療養費等の減免措置を受けた者に限る。

[ケース 2]

生活保護受給者が入院中、自立支援医療の対象となる医療と対象外の医療を併用して受けた場合

(例) 骨折や C 型肝炎など自立支援医療 (更生医療) の対象外の疾患により入院 (7 日間) している者が入院中に人工透析を行った場合

療養の 給付	保険	請求点	※決定点	負担 金額	円	食 事 生 活 療 養	保 険	日	請求 円	※決定円	標準負担額 円
	①		11,130		0			①	0	0	
②		11,368		0		②	7	13,440		0	

→患者の自己負担額は 0 円。①欄 (自立支援医療) と②欄 (生活保護) の合計 (11,130 + 11,368 = 22,498 点) が総医療費となる。

※人工透析を行うために入院している者が、入院中に一部自立支援医療 (更生医療) の対象外の医療を受けた場合、食事療養費等はケース 1 と同様、公費①の欄に計上する。

(参考) ケース 2 において、生活保護受給者ではない場合の記載方法

(例) 自立支援医療 (更生医療) に係る請求が 11,130 点、7 日間入院で食事標準負担額が 780 円の場合 (一般の健康保険加入者、「重度かつ継続」中間所得層 2 : 負担上限月額 1 万円の場合)

療養の 給付	保険	請求点	※決定点	負担 金額	円	食 事 生 活 療 養	保 険	日	請求 円	※決定円	標準負担額 円
			22,498						7	13,440	
①		11,130		10,000		①	0	0		0	
②						②					

→患者の自己負担額は 10,000 円 + 5,460 円 = 15,460 円となる (特定疾病療養受療証あり)。

※腎臓機能障害以外 (小腸機能障害など特定疾病療養受療証がない場合) は、患者の自己負担は 10,000 円 + 34,100 円 * + 5,460 円 = 49,560 円となる。

* (22,498 - 11,130) × 3 = 34,104 円 → 34,100 円 (自立支援医療 (更生医療) 対象外部分
→療養の給付部分の医療保険単独)

memo

2 自立支援医療（更生医療）意見書の作成について

(1) 自立支援医療（更生医療）意見書の作成に係る留意点（全障害共通）

ア 事前申請

自立支援医療（更生医療）（以下、「更生医療」という。）を受けるには、市町村に事前に申請することが必要です。支給開始日は、市町村で決定しますが、基本的に申請日以降となります。

また、身体障害者手帳（以下、「身障手帳」という。）交付日以降からが適用となりますので、身障手帳を未所持の場合は、まず身障手帳の申請を先に行ってください。

医療の内容で緊急を要する場合は、まず、市町村へ電話連絡を行ってください。

イ 意見書の様式

意見書の様式には、障害と申請の組み合わせにより、以下の8種類があります。

心臓機能障害用	・	・	「新規認定」、	「方針変更・再認定」	（各	A4	両面）	
じん臓機能障害用	・	・	「新規認定」、	「方針変更・再認定」	（各	A4	片面）	
肢体不自由用	・	・	・	「新規認定」、	「方針変更・再認定」	（各	A4	両面）
その他障害用	・	・	・	「新規認定」、	「方針変更・再認定」	（各	A4	両面）

※「その他障害用」は、「視覚障害」、「聴覚・平衡機能障害」、「音声、言語、そしゃく機能障害」、「免疫機能障害」、「肝臓機能障害」について使用します。

※新規認定・・・初めて更生医療の支給を受ける場合等
方針変更・・・入・通院や医療機関の変更及び医療内容を変更する場合等
再認定・・・支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定の申請をする場合

※各様式は、大分県身体障害者更生相談所（以下、「身更相」という。）のサイトからダウンロードできます。（次ページ参照）

ウ 意見書を作成する医師

更生医療の意見書は、自立支援医療費（更生医療）支給認定要綱により、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する必要があります。

※印鑑についても、医療機関の公印ではなく、主として担当する医師の印鑑を押印してください（訂正印についても同様）。

エ 意見書の作成年月日

年月日は、更生医療治療予定期間の始期以前であることが必要です。

(2) 障害ごとの留意点

次ページ以降、各障害意見書記載例と記載にあたっての留意点をご参照ください。

(2) 更生医療意見書様式のダウンロード方法

- ① 検索サイトの検索窓に、「大分県身体障害者更生相談所」と入力して検索する。
- ② 大分県身体障害者更生相談所のトップページが表示されるので、「各種様式ダウンロード」の「自立支援医療（更生医療）意見書」をクリックする（下図参照）。

The screenshot shows the website of the Oita Prefectural Government. At the top, there is a navigation bar with the Oita Prefecture logo and various utility links like '音声読上' (Text-to-Speech), '色合い' (Color Scheme), and '文字サイズ' (Text Size). Below this is a search bar and several menu items. The main content area is titled '身体障害者更生相談所' (Physical Disability Rehabilitation Center). On the left, there are several vertical menus: '相談業務' (Consultation Services), '判定業務' (Determination Services), '手帳交付業務' (Handbook Issuance Services), and '各種様式ダウンロード' (Download Various Forms). Under '各種様式ダウンロード', the item '自立支援医療（更生医療）意見書' (Opinion on Self-Supportive Medical Treatment (Rehabilitation Medical Treatment)) is highlighted with a red box and a blue arrow pointing to the text 'ここをクリック' (Click here). The main content area on the right includes a '新着情報' (New Information) section with a list of updates, a '身体障害者更生相談所の紹介' (Introduction to the Physical Disability Rehabilitation Center) section, and a '主な業務の紹介' (Introduction to Main Services) section. A 'Tweet' button and a date '掲載日：2018年6月29日更新' are also visible.

(3) 新規認定意見書 記載例【肢体不自由用】

(表面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【肢体不自由用】

新規認定

受診者氏名	別府 花子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	昭和17年6月10日（77）歳
受診者住所	大分県〇〇市△△町1-1			手帳等級	2種 5級
障害名	① 変形性関節症による右股関節機能著障（5級）				
病歴	② ○障害の原因となった傷病の発症年月日（平成24年頃） 平成24年頃から右股関節痛が出現したため、近医を受診し、減量を勧められていた。 平成28年頃から右股関節痛が増悪し、徐々に歩行困難となり、かかりつけ医より令和元年8月14日に当科を紹介初診した。				
現症	③ ○更生医療を必要とする身体機能・障害の状況 著しい跛行、荷重時痛及び可動域制限あり、歩行距離は200m程度に制限されている。 ○参考となる検査所見（X線所見、筋力検査所見、関節可動域所見等を具体的に記入のこと） 右股関節の可動域は、屈曲90度、内旋5度、外旋10度、外転15度、内転5度と著明に制限されている。X-P上右股関節は、著明な変性あり、関節裂隙消失、骨頭骨のう腫あり、外側亜脱臼もある。				
医療の具体的方針	④ 右股人工関節置換術を行うことにより、疼痛の軽減及びADLの改善が見込まれる。 ○入院・通院の別（ <input checked="" type="radio"/> 入院・ <input type="radio"/> 通院） ○手術予定日（令和元年10月1日） ○術名・療法（右股人工関節置換術） ○更生医療治療予定期間（3ヶ月以内で必要な期間）（令和元年9月30日～令和元年11月30日 通算62日間）				
○医療費概算額算出明細 上記更生医療治療予定期間に必要な医療費概算額は裏面に記載のとおりとする。					
上記のとおり診断する。 令和元年9月9日 ⑤					
指定自立支援医療機関の所在地		××市△△町2-2			
名称		〇〇病院			
電話番号		〇〇〇-△△△-××××			
主として担当する医師の氏名		大分 次郎		<input checked="" type="radio"/> 印 <input type="radio"/> 印	

※ 「障害名」の欄は、身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください。

新規認定意見書【肢体不自由用】記載にあたっての留意点

〈意見書表面の留意点〉

① 障害名

身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください。

〈重要〉

肢体不自由の手術の場合、「更生医療の医療対象となる部位」と「身障手帳で認定されている障害部位」との整合性が必要となります。更生医療の適用を予定している部位が身障手帳で障害認定されていない場合は、まず、障害部位の追加を検討してください。

(例)

* 身障手帳での障害部位		* 更生医療での手術予定部位
右股関節機能軽障	→	右股関節の手術のみ可
左下肢機能著障	→	左下肢の手術のみ可

② 病歴

今回の更生医療の対象となる障害の原因となった傷病の発症時期、病状、受診状況、検査結果等**発症からこれまでの経過**を記載してください。

③ 現症

更生医療の対象となる障害の部位において、更生医療を必要とする**意見書作成年月日時点**での身体機能や障害の状況を記載してください。

また、それらを裏付けるX線、筋力、関節可動域等の検査所見を具体的に記載してください。

④ 医療の具体的方針

これから更生医療を適用して行う医療の内容を具体的に記載してください。また、これにより期待できる結果(治療効果の見込み)についても記載してください。

手術前に、手術のための入院(本入院)とは別に、自己血貯血を通院または一泊入院等で行う場合は、その予定についても日程等を具体的に記載してください(下記参照)。

〈自己血貯血を行う場合の記載例〉

* 通院で行う場合

1回目 貯血通院 ○月○日

2回目 貯血通院 ○月○日

本入院 ○月○日から

* 入院で行う場合

1回目 貯血一泊入院 ○月○日

2回目 貯血一泊入院 ○月○日

本入院 ○月○日から

○ 入院・通院の別

意見書の中に記載できるのは、入院、通院いずれかの期間です。ただし、手術前の自己血貯血を通院で行う場合は、手術のための入院(本入院)と併せて記載できます。

○ 術名・療法

手術の場合は、手術部位(左右の別、関節部位等)及び手術名を具体的に記載してください。

○ 更生医療治療予定期間

一回の申請で適用できる期間は、入院または通院で、3ヶ月以内です。手術前の自己血貯血を入通院で行う場合は、手術のための入院(本入院)との合計期間をこの期間内で記載できます。

⑤ 意見書作成年月日

年月日は、「医療の具体的方針」欄の「更生医療治療予定期間」の始期以前としてください。

〈意見書裏面の留意点〉

次ページを参照してください。

(裏面【肢体不自由用:新規認定】)

医療費概算額算出明細書

内訳 (明細) 月別	点 数								合計 (点)	合計 金額 (円)
	初診・ 再診	投薬	注射	処置	手術麻酔	検査	入院	その他		
		抗生物質等			関節置換術 右股人工			リハビリ等		
第1月目 令和元年 9月							20,000		20,000	200,000
第2月目 令和元年 10月					210,000		50,000	5,000	265,000	2,650,000
第3月目 令和元年 11月		1,000					50,000	5,000	56,000	560,000
第 月目 年 月										
合計		1,000			210,000		120,000	10,000	341,000	3,410,000

※ 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「更生医療治療予定期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について上記に記載してください。

※ **更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については給付の対象となりませんので、上記医療費概算額算出明細書には含めないでください。**

※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は上記医療費概算額算出明細書には記入しないでください。



- ・ 開始月・最終月は意見書表面の「更生医療治療予定期間」にあわせてください。
- ・ 月別(暦月別)に計算してください。この記載例でいえば、「第1月目」は令和元年9月30日分、「第2月目」は令和元年10月分、「第3月目」は令和元年11月分となります。

更生医療の対象となる医療の代表例

- 人工関節置換術
- 骨切り術
- 関節固定術
- 椎弓切除術

※ 上記はあくまでも例であり、ここにはないものも含め、原因となった傷病名及び病態等により、身更相が個別に判断します。

※ 手術の場合は、術前の貯血及び術後のリハビリテーションも対象になります。

memo

方針変更・再認定意見書【肢体不自由用】記載にあたっての留意点

- * この意見書は、方針変更又は再認定の申請時に、申請者が市町村に提出するものです。意見書の右上の「方針変更」「再認定」のいずれか一方に丸印をつけてください。

〈意見書表面の留意点〉

① 方針変更・再認定前の内容

各項目について、方針変更(又は再認定)前の支給決定内容(現在の受給者証の内容)を記載してください。これから申請する内容ではありません。

② 現 症

○ 更生医療の方針変更・再認定を必要とする身体機能・障害の状況

更生医療の対象となる障害の部位において、方針変更(又は再認定)を必要とする、意見書作成年月日時点での身体機能や障害の状況を記載してください。

* 方針変更の場合・・・手術部位や術名の変更等が必要になった医学的理由や状況を具体的に記載してください。

* 再認定の場合・・・既に行っている手術名、手術施行日、手術後の経過、現在のADL等再認定を必要とする医学的理由や状況を詳細に記載してください。

③ ○ 参考となる検査所見

上記②を裏付けるX線、筋力、関節可動域等の検査所見を具体的に記載してください。

④ 医療の具体的方針

これから更生医療を適用して行う医療の内容を具体的に記載してください。また、これにより期待できる結果(治療効果の見込み)についても記載してください。

* 方針変更の場合・・・これから変更して行う手術部位や術名等を具体的に記載してください。

* 再認定の場合・・・今後の術後リハビリテーションの内容と治療効果の見込みを具体的に記載してください。

○ 入院・通院の別

意見書の中に記載できるのは、入院、通院いずれか一方の期間です。

○ 術名・療法 ○手術予定日

方針変更でこれから手術を行う場合は、変更後の手術部位(左右の別、関節部位等)、手術名、手術予定日を具体的に記載してください。

再認定で術後のリハビリテーションを継続して行う場合は、「○○○術術後リハビリテーション」のように記載してください。

○ 更生医療治療予定期間

一回の申請で適用できる期間は、入院または通院で、3ヶ月以内です。

再認定の場合は、新規認の始期から通算して180日以内です。

⑤ 意見書作成年月日

年月日は、「医療の具体的方針」欄の「更生医療治療予定期間」の始期以前としてください。

〈意見書裏面の留意点〉

次ページを参照してください。

(裏面【肢体不自由用:方針変更・再認定】)

医療費概算額算出明細書

内訳 (明細)	点 数								合 計 (点)	合 金 計 額 (円)
	初診・再診	投 薬	注 射	処 置	手術麻酔	検 査	入 院	その他		
月別							テ 回 一 入 院 料 ヨ ン ハ ビ 棟 リ	運 動 器 リ ハ ビ リ テ ー シ ヨ ン 料		
第1月目 令和元年 12月							50,000	36,630	86,630	866,300
第2月目 年月										
第3月目 年月										
第 月目 年月										
合 計							50,000	36,630	86,630	866,300

※ 「方針変更」とは、有効期間内に治療内容等医療の具体的方針が変更となる場合のことです。なお、有効期間を超える場合は、再認定が必要となります。

※ 「再認定」とは、支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定を申請する場合のことです。
 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「更生医療治療予定期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について上記に記載してください。

※ 緊急かつやむを得ない事情により、単なる期間延長として有効期間の延長を必要とする場合は、2週間以内でかつ1回に限ることとし、この意見書を付して市町村に報告してください。(この場合、表面では「再認定」に丸印をつけてください。)

※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については給付の対象となりませんので、上記医療費概算額算出明細書には含めないでください。

※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は上記医療費概算額算出明細書には記入しないでください。

・開始月・最終月は意見書表面の「更生医療治療予定期間」にあわせてください。
 ・月別(暦月別)に計算してください。この記載例でいえば、「第1月目」に令和元年12月分を記載します。

memo

(5) 新規認定意見書 記載例 【心臓機能障害】

(表面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【心臓機能障害用】

新規認定

受診者氏名	大分 太郎	性別	男 女	生年月日	昭和33年3月30日（61）歳
受診者住所	大分市玉沢908番地			手帳等級	1種 4級
障害名	(身障手帳の「障害名」を転記してください。) 心房細動による心臓機能障害				
更生医療の対象となる疾病	疾病名	僧帽弁閉鎖不全症 心房粗動・細動			
	病歴	他院を定期通院されていたが、2019年2月頃から労作時息切れを自覚され当院循環器内科に入院し、カテーテルアブレーション施行。経過を見ていたが、心房細動を繰り返すため検査を行ったところ、重症僧帽弁閉鎖不全症を認めたため当科で手術適応となった。			
	現症	<p>○更生医療を必要とする身体機能・障害の状況</p> <p>重症僧帽弁閉鎖不全のため、手術が必要と判断した。</p> <p>○参考となる検査所見（心電図・心カテーテル・心血管造影・画像診断等の所見を記入のこと）</p> <p>心エコー：逆流あり 心電図：発作性の心房細動頻発</p>			
医療の具体的方針	<p>心臓手術治療を行う。</p> <p>○手術予定日（令和2年1月17日）</p> <p>○術名・療法 (僧帽弁置換術、メイズ手術、左心耳閉鎖（クリップ）)</p> <p>○更生医療治療予定期間（3ヶ月以内で必要な期間） (令和2年1月15日 ~ 令和2年4月15日 通算 92 日間)</p>				
○術後の回復の見込み・軽減される障害の程度		<p>手術により、心臓機能の改善が見込まれる。</p>			
○医療費概算額算出明細		上記更生医療治療予定期間に必要な医療費概算額は裏面に記載のとおりとする。			
上記のとおり診断する。		<p>令和2年 1月 4日</p> <p>指定自立支援医療機関の所在地 名称 電話番号 主として担当する医師の氏名</p> <p>〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇病院 心臓血管外科 〇〇-〇〇-〇〇〇〇 別府 次郎</p>			
		<p>指定を受けている担当医の氏名を記入してください。</p> <p>(別府) 印</p>			

専門用語は、可能であれば和訳等、わかりやすい表現で記入してください。

心臓機能障害と手帳に記載されていれば、原因疾患や部位の相違があっても更生医療の対象としています。

心臓の場合、治療対象となる期間は原則、入院期間に限ります。

※ 身障手帳の「障害名」と更生医療の対象となる病名が一致しない場合は、手術により障がい補われ、又は障害の程度が軽減することが見込まれることを明確に記載してください。

[大分県身体障害者更生相談所]

医療費概算額算出明細書

概算額は、心臓の更生医療対象分のみ記載してください。

内訳 (明細) 月別	点 数								合 計 (点)	合 金 計 額 (円)
	初診 ・ 再診	投 薬	注 射	処 置	手術麻酔	検 査	入 院	そ の 他		
		抗 生 物 質 他	抗 生 物 質 他	創 傷 処 置 他	左 心 耳 閉 鎖 術 置 換 術 手 術 術 術	血 液 検 査 他	入 院 料	画 像 診 断 他		
第1月目 令和2年 1月		2,500	20,000	10,000	500,000	10,000	5,000	2,500	595,000	5,950,000
第2月目 令和2年 2月		3,000	30,000	20,000	0	20,000	60,000	3,500	136,500	1,365,000
第3月目 令和2年 3月		1,500	0	1,000	0	3,000	40,000	1,500	47,000	470,000
第4月目 令和2年 4月		1,000	0	0	0	0	20,000	0	21,000	210,000
合 計	0	8,000	50,000	31,000	500,000	33,000	170,000	7,500	799,500	7,995,000

※ 支給認定の有効期間が必要以上に長期に及ぶことは、予算の適正化の見地から厳に戒むべきところであるので、有効期間は原則3ヶ月以内とし、3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「更生医療治療予定期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について上記に記載してください。

※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については給付の対象となりませんので、上記医療費概算額算出明細書には含めないでください。

※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は上記医療費概算額算出明細書には記入しないでください。

心臓機能障害意見書留意点

1 対象者

- (1) 心臓疾患により心臓機能に障がい有する身体障がい者であって、手術又は心臓移植術により心臓機能障がいの軽減又は除去が図られ、将来確実に生活能力の回復が見込まれるもの。
- (2) 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。

2 支給の範囲

心臓疾患に対する手術、心臓移植術及びこれらに伴う医療に限るものであり、いわゆる内科的治療のみのもは除く。

予防的な手術や検査のみの場合は更生医療の対象にならない。

3 対象となる手術の例

- 冠動脈、大動脈バイパス移植術
- 大動脈瘤切除術
- 弁形成術、弁置換術
- ペースメーカ移植術、交換術
- 心移植術

(6) 新規認定意見書 記載例【肝臓機能障害】

(表面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【その他 障害用】

新規認定

受診者氏名	別府 桜子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	昭和45年10月21日（49）歳
受診者住所	大分県〇〇市△△町2-1			手帳等級	1種 1級
障害名	肝硬変による肝臓機能障害				
病歴	<p>○障害の原因となった傷病の発症年月日（ 年 月 日）</p> <p>B型肝炎ウィルスキャリアーであり、2004年より当科通院し、長期に渡り治療継続していた。2019年、肝予備能がChild-Pugh B：8点と増悪傾向にあり、〇〇大学病院を紹介、同年10月に生体肝移植を施行された。現在、当科にて免疫抑制療法を継続中である。</p>				
現症	<p>○更生医療を必要とする身体機能・障害の状況</p> <p>生体肝移植後であり、拒絶反応抑制のため免疫製剤内服は必要不可欠である。</p>				
	<p>○参考となる検査所見</p> <p>（2019年〇月△日実施所見）</p> <p>アルブミン 2.71g/dL、総ビリルビン 0.91 mg/dL、AST 17.2 U/L、ALT 2.9 U/L、LDH 356 U/L、ALP 876 U/L、γ-GTP 60.7 U/L</p>				
医療の具体的方針	<p>生体肝移植後の免疫抑制剤の用量を調節しながら、慎重に管理を行う予定である。</p>				
	<p>入院と通院は、まとめて書くことができません。入通院が変更になる都度、作成を必要とします。</p> <p>○入院・通院の別（入院・<input checked="" type="radio"/>通院） ○手術予定日（ 年 月 日）</p> <p>○術名・療法</p> <p>（ 肝移植後抗免疫療法</p> <p>○更生医療治療予定期間（入院3ヶ月以内、通院1年以内で必要な期間）</p> <p>（令和元年12月1日～令和2年11月30日 通算365日間）</p>				
<p>○医療費概算額算出明細 上記更生医療治療予定期間に必要な医療費概算額は裏面に記載のとおりとする。</p>					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>令和元年 11 月 15 日</p>					
指定自立支援医療機関の所在地		××市△△町3-2			
名称		〇〇病院			
電話番号		〇〇〇-△△△-××××			
主として担当する医師の氏名		大分 三郎		<input checked="" type="radio"/> 印	

専門用語は、可能であれば和訳等、わかりやすい表現で記入してください。

入院と通院は、まとめて書くことができません。入通院が変更になる都度、作成を必要とします。

※ 「障害名」の欄は、身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください。
※ この様式は、「視覚障害」、「聴覚、平衡機能障害」、「音声、言語、そしゃく機能障害」、「小腸機能障害」、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」、「肝臓機能障害」について使用してください。

(裏面【その他 障害用:新規認定】)

医療費概算額算出明細書

内訳 (明細) 月別	点 数								合計 (点)	合計 金額 (円)
	初診・ 再診	投薬	注射	処置	手術麻酔	検査	入院	その他		
		免疫抑制 剤				血液 検査 外		処方 箋 管 理 外 料 料		
第1月目 令和元年12月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第2月目 令和2年1月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第3月目 令和2年2月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第4月目 令和2年3月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第5月目 令和2年4月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第6月目 令和2年5月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第7月目 令和2年6月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第8月目 令和2年7月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第9月目 令和2年8月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第10月目 令和2年9月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第11月目 令和2年10月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第12月目 令和2年11月	73	21,000				900		500	22,473	224,730
第 月 目 年 月										
合計	876	252,000				10,800		6,000	269,676	2,696,760

※ 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、入院の場合の有効期間は、原則3ヶ月以内とさせていただきます。3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「更生医療治療予定期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について上記に記載してください。免疫機能障害に対する抗HIV療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、肝臓機能障害に対する肝臓移植後の抗免疫療法及び歯科矯正療法の通院の有効期間は1年以内が可能です。

※ 更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については給付の対象となりませんので、上記医療費概算額算出明細書には含めないでください。

※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は上記医療費概算額算出明細書には記入しないでください。

更生医療の対象となる医療

以下の医療に限定されます。

- 肝臓移植術及びこれに伴う医療
- 肝臓移植後の抗免疫療法及び移植肝機能検査

※ 肝臓機能障害の原因となった疾患に対する治療は対象外です。

[大分県身体障害者更生相談所]

(7) 新規認定意見書 記載例 【免疫機能障害】

(表面)

自立支援医療（更生医療）意見書 【その他 障害用】

新規認定

受診者氏名	別府 夏夫	性別	男 女	生年月日	昭和55年10月2日 () 歳
受診者住所	大分県〇〇市△△町3-1			手帳等級	1種 2級
障害名	免疫機能障害				
病歴	<p>○障害の原因となった傷病の発症年月日 (年 月 日)</p> <p>2018年9月に胸焼け、嚥下時の異物感を自覚し、食道カンジダの治療歴あり。 2019年6月1日より微熱と喘鳴が悪化し、6月9日に呼吸困難を訴え前医へ入院、入院中の検査でβ-Dグルカン高値、HIVスクリーニング検査陽性となり当院紹介となった。ニューモチス肺炎を発症しており、7月3日より加療開始、治療終了後、外来にてART療法開始しフォロー継続する必要がある。</p>				
現症	<p>○更生医療を必要とする身体機能・障害の状況</p> <p>CD4値低値であり、免疫機能の著しい低下を認める。ART療法が必要であり、これに伴う定期的な診察、検査も必要である。</p>				
	<p>○参考となる検査所見</p> <p>(2019年7月2日実施) CD4:6 HIV-RNA 310000コピー/ml (2019年7月26日実施) CD4:16 HIV-RNA 250000コピー/ml</p>				
医療の具体的方針	<p>抗HIV薬によるART療法の導入とその継続的治療のための通院が必要である。また、これに伴う定期的な診察、検査も必要である。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>入院と通院は、まとめて書くことができません。入院が変更になる都度、作成を必要とします。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: 200px;"> <p>専門用語は、可能であれば和訳等、わかりやすい表現で記入してください。</p> </div> <p>○入院・通院の別 (入院・通院) ○手術予定日 (年 月 日)</p> <p>○術名・療法 (抵HIV療法)</p> <p>○更生医療治療予定期間 (入院3ヶ月以内、通院1年以内が必要な期間) (令和元年8月1日 ~ 令和2年7月31日 通算365日間)</p>				
○医療費概算額算出明細 上記更生医療治療予定期間に必要な医療費概算額は裏面に記載のとおりとする。					
<p>上記のとおり診断する。 令和元年 7月 26日</p> <p>指定自立支援医療機関の所在地 ××市△△町6-2 名称 〇〇病院 電話番号 〇〇〇-△△△-×××× 主として担当する医師の氏名 大分 五郎 (大分) 印</p>					

※ 「障害名」の欄は、身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください。
 ※ この様式は、「視覚障害」、「聴覚、平衡機能障害」、「音声、言語、そしゃく機能障害」、「小腸機能障害」、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害」、「肝臓機能障害」について使用してください。

(裏面【その他 障害用:新規認定】)

医療費概算額算出明細書

内訳 (明細) 月別	点 数								合計 (点)	合計 金額 (円)
	初診・ 再診	投薬	注射	処置	手術麻酔	検査	入院	その他		
		抗ウィルス 外薬				血液検査外		院外処方箋 外料		
第1月目 令和元年8月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第2月目 令和元年9月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第3月目 令和元年10月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第4月目 令和元年11月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第5月目 令和元年12月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第6月目 令和2年1月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第7月目 令和2年2月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第8月目 令和2年3月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第9月目 令和2年4月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第10月目 令和2年5月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第11月目 令和2年6月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第12月目 令和2年7月	73	20,000				750		68	20,891	208,910
第 月 目 年 月										
合計	876	240,000				9,000		816	250,692	2,506,920

※ 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、入院の場合の有効期間は、原則3ヶ月以内とさせていただきます。3ヶ月以上に及ぶものについての支給認定に当たっては、特に慎重に取り扱われたいことと規定されていますので、表面の「更生医療治療予定期間」は3ヶ月以内で必要な期間とし、当該期間に要する医療費概算額について上記に記載してください。免疫機能障害に対する抗HIV療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、肝臓機能障害に対する肝臓移植後の抗免疫療法及び歯科矯正療法の通院の有効期間は1年以内が可能です。

※ **更生医療と並行して行う合併症等の治療に係る医療費については給付の対象となりませんので、上記医療費概算額算出明細書には含めないでください。**

※ 入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合は、入院基本料は上記医療費概算額算出明細書には記入しないでください。

更生医療の対象となる医療

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

[大分県身体障害者更生相談所]

(8) じん臓機能障害用意見書の取り扱い

じん臓機能障害用意見書の取り扱い

●意見書作成が必要な場合●

- 【新規認定】** ・初めて更生医療の適用を受ける場合
・有効期間が切れた場合
・県外・県内各市町村からの転入の場合
(ただし、市町村が転入前の受給者証の有効期間を超えない範囲で認定できる場合は不要です)
- 【方針変更】** ・医療内容の変更 例)腹膜透析→血液透析
・医療機関の変更
・入院・通院の変更 例)シャント再建術のために入院する場合、入院から退院になる場合等
- 【再認定】** ・内容の変更はなく、有効期間終了のための更新手続き 例)通院:血液透析→通院:血液透析

●身体障害者更生相談所への判定依頼●

市町村が医学的判定を必要とした場合は、身体障害者更生相談所へ判定依頼。
必ず医学的判定を行うもの…新規、医療内容の変更、入院・通院への変更等

memo

memo

自立支援医療（更生医療）意見書 【じん臓機能障害用】

新規認定

受診者氏名	〇〇 丸子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	昭和35年 7 月 1 日 (58 歳)																														
受診者住所	A市B町1丁目1-1		手帳等級	1 種 1 級																														
原傷病名	糖尿病性腎症	発症年月日	平成7年 頃 月 日																															
病歴・経過	平成7年に糖尿病を指摘され徐々に腎機能が悪化。 令和元年1月25日左前腕内シャント設置術施行。Cr8.6、全身浮腫、血液透析開始日（令和元年4月1日） 心不全が顕著となり、令和元年4月1日血液透析を導入。 腹膜透析開始日（ 年 月 日） 令和元年7月10日より、通院にて維持透析を行う予定である。 腎移植施行日（ 年 月 日）																																	
検査成績等	透析療法開始直前 透析実施直前	・ヘモグロビン（ 9.2 g/dl） ・胸部エックス線写真所見（ うっ血、胸水 ） ・その他参考となる臨床症状 心肥大、胸水、腎性貧血																																
現症	・内因性クレアチンクリアランス値（ ml/分） ・血清クレアチニン濃度（ 3.9 mg/dl） ・eGFR（ 9.2 ml/分/1.73 m ² ） ・血清尿素窒素濃度（ 32.2 mg/dl） ・尿所見（ 尿蛋白2+）	導入後(退院以降)の維持透析中。直近の所見を記載して下さい。																																
医療の具体的方針	<input checked="" type="checkbox"/> 血液透析（導入・継続）（ 3 回/週） <input type="checkbox"/> バスキュラアクセス（内シャント等）設置 （透析開始予定日 年 月 日） <input type="checkbox"/> バスキュラアクセス（内シャント等）トラブルの治療 <input type="checkbox"/> 腹膜透析（導入・継続） （CAPD 回/日・APD） <input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテル装着術 （透析開始予定日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテルトラブルの治療 <input type="checkbox"/> 腎移植術 <input type="checkbox"/> 腎移植に伴う免疫療法 <input type="checkbox"/> 移植腎不適合のための摘出術 <input type="checkbox"/> その他	⑥ 医療費概算額（診療見込期間内の総額） <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>摘要</th> <th>金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初診・再診料</td> <td>再診料</td> <td>112,320 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>投薬料</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>注射料</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>処置料</td> <td>血液透析 3,870,000 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>手術麻酔料</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>検査料</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>入院料</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他</td> <td>慢性維持透析患者 外来医学管理料 270,000 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>合計</td> <td>4,252,320 円</td> </tr> </tbody> </table>			区分	摘要	金額	初診・再診料	再診料	112,320 円		投薬料	円		注射料	円		処置料	血液透析 3,870,000 円		手術麻酔料	円		検査料	円		入院料	円		その他	慢性維持透析患者 外来医学管理料 270,000 円		合計	4,252,320 円
区分	摘要	金額																																
初診・再診料	再診料	112,320 円																																
	投薬料	円																																
	注射料	円																																
	処置料	血液透析 3,870,000 円																																
	手術麻酔料	円																																
	検査料	円																																
	入院料	円																																
	その他	慢性維持透析患者 外来医学管理料 270,000 円																																
	合計	4,252,320 円																																
入院を要する場合の理由	※入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合、入院基本料対象外 手術名 手術予定日（ ）																																	
診療見込期間 (入院3ヶ月以内、通院1年以内で必要な期間。) ※訪問看護は原則導入時3ヶ月	入院	年 月 日 ~ 年 月 日 通算 日間																																
	通院	令和元年 7 月 10 日 ~ 令和2年 7 月 9 日 通算366日間																																
	訪問看護	年 月 日 ~ 年 月 日 通算 日間																																
上記のとおり診断する。 令和元年 6 月 15 日 指定自立支援医療機関の所在地 名称 電話番号 主として担当する医師の氏名	A市D町3-1 C病院 ×××-△△△-□□□□ 大分 次郎																																	

指定自立支援医療機関の名称と、主として担当する医師名、印が必要です。訂正印も主として担当する医師の印で押印してください。

大分印

じん臓機能障害用意見書記載の留意点

人工透析の給付対象者…維持透析開始した者。一時的な透析や透析離脱の場合は対象外。

①原傷病名

慢性腎不全に至ったと考えられる傷病名を記載して下さい。

②発症年月日

不明な場合は「不詳」等記載して下さい。

③病歴・経過

治療や病状等の経過を記載して下さい。

④現症

[透析療法開始直前] 透析導入前を指します。

導入時の入院の場合に○を、導入前の検査所見等を記載して下さい。

[透析実施直前] 維持透析継続中を指します。

導入後(退院以降)の場合に○をして、直近の検査所見等を記載して下さい。

[移植後抗免疫療法] ○は不要です。直近の検査所見等を記載して下さい。

⑤医療の具体的方針

今回申請の診療見込期間内に行う医療について記載し、該当箇所に☑をして下さい。

[導入] 透析導入のための入院時を想定しています。

[継続] 導入時入院の退院以降を想定しています。

	医療の具体的方針の例	詳細・留意点
血液透析	血液透析	
	バスキュラアクセス(内シャント等)設置	維持透析開始が2ヶ月以内に見込まれる場合。「透析開始予定日」を必ず記載して下さい。
	バスキュラアクセス(内シャント等)トラブルの治療	シャント部分の感染・血栓にかかる治療等
腹膜透析	腹膜透析	腹膜炎治療
	腹膜透析留置カテテル装着術	「透析開始予定日」を必ず記載して下さい。
	腹膜透析留置カテテルトラブルの治療	トンネル感染・出口部感染の治療等
腎移植	腎移植術	腎移植術施行時の入院が対象
	腎移植に伴う抗免疫療法	移植腎の生着・維持に必要な治療(移植腎の廃絶にかかわるもの)
	移植腎不応のための摘出術	
	その他	腹膜透析導入時3ヶ月以内の訪問看護等

⑥医療費概算額

[摘要] 区分に対する主な内訳を記載して下さい。 例)処置料…血液透析、腹膜透析等

[金額] 診療見込期間の総額を記載して下さい。 例)通院1年間の場合、1年分の概算額

透析に関する費用は計上できます。ただし、原疾患、合併症の治療や、社会的な理由は更生医療の対象外のため、入院料及び対象外の治療費等は計上できません。

●原疾患:糖尿病性腎症、嚢胞腎、SLE など

●合併症(状):貧血、高血圧、骨代謝異常、高リン血症、二次性副甲状腺機能亢進症、皮膚掻痒症、水分電解質異常など

※原疾患、合併症の治療…検査、処置、投薬代及びそれに伴う処方箋料等

○投薬・注射代の対象例…シャントトラブル時の治療薬(抗生剤、血栓溶解剤)、腹膜透析液、抗免疫療法薬剤、など腎代替療法に直結するもの

自立支援医療（更生医療）意見書【じん臓機能障害用】

方針変更

再認定

受診者 氏名	〇〇 丸子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	昭和35年 7月 1日 (58 歳)
受診者 住所	A市B町1丁目1-1		手帳等級	1種 1級
① 従前の 方針	術名・療法	入院・通院の別	有効期間	
	血液透析	通院	令和元年7月15日～令和2年6月14日	

② 方針変更・再認定を必要とする身体機能・障害の状況
週3回、通院維持透析中である。R2年3月22日左前腕シャント閉塞を認めたため、同日入院し経皮的血管拡張術施行の予定である。

現 症	検査成績等（透析療法開始直前・ <u>透析実施直前</u> ）	・ヘモグロビン（ 11.1 g/dl） ・胸部エックス線写真所見（ ） ・その他参考となる臨床症状 （ 高血圧、食思不振 ）
	・内因性クレアチンクリアランス値（ ml/分） ・血清クレアチニン濃度（ 6.54 mg/dl） ・eGFR（ ml/分/1.73 m ² ） ・血清尿素窒素濃度（ 67.3 mg/dl） ・尿所見（ ）	

③ 医療の 具 体的 方 針	<input checked="" type="checkbox"/> 血液透析（導入・ <u>継続</u> ）（3回/週） <input type="checkbox"/> バスキュラーアクセス（内シャント等）設置 （透析開始予定日 年 月 日） <input checked="" type="checkbox"/> <u>バスキュラーアクセス（内シャント等）トラブルの治療</u> <input type="checkbox"/> 腹膜透析（導入・継続） （CAPD 回/日・APD） <input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテル装着術 （透析開始予定日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテルトラブルの治療 <input type="checkbox"/> 腎移植術 <input type="checkbox"/> 腎移植に伴う免疫療法 <input type="checkbox"/> 移植腎不適合のための摘出術 <input type="checkbox"/> その他（ ）	④ 医療費概算額（診療見込期間内の総額）																													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>摘要</th> <th>金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初診・再診料</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>投薬料</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>注射料</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>処置料</td> <td>血液透析</td> <td>90,000 円</td> </tr> <tr> <td>手術麻酔料</td> <td>経皮的血管拡張術</td> <td>200,000 円</td> </tr> <tr> <td>検査料</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>入院料</td> <td></td> <td>100,000 円</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td>390,000 円</td> </tr> </tbody> </table>	区分	摘要	金額	初診・再診料		円	投薬料		円	注射料		円	処置料	血液透析	90,000 円	手術麻酔料	経皮的血管拡張術	200,000 円	検査料		円	入院料		100,000 円	その他		円	合計	
区分	摘要	金額																													
初診・再診料		円																													
投薬料		円																													
注射料		円																													
処置料	血液透析	90,000 円																													
手術麻酔料	経皮的血管拡張術	200,000 円																													
検査料		円																													
入院料		100,000 円																													
その他		円																													
合計		390,000 円																													

⑤ 入院を要する場合の理由 ※入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合、入院基本料対象外
シャント部分の感染・血栓に対する治療のため、入院を要する。手術名 経皮的血管拡張術
手術予定日（ 令和2年3月22日 ）

⑥ 診療見込期間 （入院3ヶ月以内、通院1年 以内で必要な期間。） ※訪問看護は原則導入時3ヶ月	入院	令和2年 3月 22日～令和2年 3月 31日 通算 10 日間
	通院	年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間
	訪問看護	年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間

上記のとおり診断する。

令和 2 年 3 月 22 日

指定自立支援医療機関の所在地 A市D町3-1

名称 C病院

電話番号 ×××-△△△-□□□□

主として担当する医師の氏名 大分 次郎

大分 印

※この意見書の右上の「方針変更」「再認定」のいずれかに丸印をつけてください。

じん臓機能障害用意見書記載の留意点

①従前の方針

前回の受給者証の内容を記載して下さい。

②現症 方針変更・再認定を必要とする身体機能・障害の状況

方針変更に至った治療や病状等の経過を記載して下さい。

③医療の具体的方針

「新規留意点」の頁 参照

④医療費概算額

「新規留意点」の頁 参照

[入院料]手術料が含まれる場合は、摘要欄に「短期滞在手術等基本料(手術料含む)」等、記載して下さい。

⑤入院を要する場合の理由

「人工透析、抗免疫療法に伴う医療」に該当するかを審査します。入院の主たる原因を記載して下さい。

- 【更生医療対象の例】**
- ・血液透析導入のため
 - ・シャント部分の感染・血栓に対する治療のため
 - ・腹膜透析に伴う腹膜炎治療のため

- 【更生医療対象外の例】**
- ・骨折治療のため
 - ・腎性貧血による輸血のため入院が必要
 - ・呼吸苦、体液過剰のため入院にて酸素投与、体液コントロールが必要
 - ・日常生活能力低下による通院困難なため

透析に関する費用は計上できます。ただし、原疾患、合併症の治療や、社会的な理由は更生医療の対象外のため、入院料及び対象外の治療費等は計上できません。

⑥診療見込期間

通院、入院を問わず最長1年の取り扱いとなります。

1年以内で治療に必要な期間を記載して下さい。

例)シャントトラブルの入院:2週間~1ヶ月程度

自立支援医療（更生医療）意見書 【じん臓機能障害用】

新規認定

受診者氏名	□□ 角太	男 女	生年月日	昭和45年 5 月 5 日 (48 歳)
受診者住所	A市F町1丁目2-2		手帳等級	1種 1級
原傷病名	糖尿病性腎症		発症年月日	平成8年 頃 月 日
病歴・経過	平成8年に糖尿病性腎症を発症し、保存的治療を行ってきたが、令和2年3月2日Cr8.3を認め、血液透析導入目的にて、3月14日入院予定である。同日、内シャント設置術を施行し、シャントの発育を待って3月28日より透析導入予定である。			
血液透析開始日				(年 月 日)
腹膜透析開始日				(年 月 日)
腎移植施行日				(年 月 日)
検査成績等	透析療法開始直前		透析実施直前	
現症	・内因性クレアチンクリアランス値 (8.9 ml/分) ・血清クレアチニン濃度 (8.3 mg/dl) ・eGFR (6.4 ml/分/1.73 m ²) ・血清尿素窒素濃度 (55.6 mg/dl) ・尿所見 (蛋白尿2+)		・ヘモグロビン (11.1 g/dl) ・胸部エックス線写真所見 (うっ血、胸水) ・その他参考となる臨床症状 心肥大、胸水	
導入申請時(入院)のみ、導入前の所見を記載して下さい。				
医療の具体的方針	<input checked="" type="checkbox"/> 血液透析 (導入・継続) (3 回/週)		医療費概算額 (診療見込期間内の総額)	
	<input checked="" type="checkbox"/> バスキュラーアクセス (内シャント等) 設置 (透析開始予定日 R2年 3月 28日)		区分	摘要 金額
	<input type="checkbox"/> バスキュラーアクセス (内シャント等) トラブルの治療		初診・再診料	円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析 (導入・継続) (CAPD 回/日・APD)		投薬料	円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテル装着術 (透析開始予定日 年 月 日)		注射料	円
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析留置カテーテルトラブルの治療		処置料	血液透析 700,000 円
	<input type="checkbox"/> 腎移植術		手術麻酔料	内シャント設置術 200,000 円
	<input type="checkbox"/> 腎移植に伴う抗免疫療法		検査料	血液検査、X-P他 80,000 円
	<input type="checkbox"/> 移植腎不適合のための摘出術		入院料	1,800,000 円
	<input type="checkbox"/> その他		その他	円
		合計	2,780,000 円	
入院を要する場合の理由	※入院の主たる原因が更生医療以外の医療の場合、入院基本料対象外			
血液透析導入のため		手術名	内シャント設置術	
		手術予定日	(令和2年3月14日)	
診療見込期間 (入院3ヶ月以内、通院1年以内で必要な期間。) ※訪問看護は原則導入時3ヶ月	入院	令和2年 3 月 14 日 ~ 令和2年 6 月 13 日 通算 92 日間		
	通院	年 月 日 ~ 年 月 日 通算 日間		
	訪問看護	年 月 日 ~ 年 月 日 通算 日間		
上記のとおり診断する。				
令和 2 年 3 月 2 日		A市D町3-1		
指定自立支援医療機関の所在地		C病院		
名称		×××-△△△-□□□□		
電話番号		大分 次郎		
主として担当する医師の氏名		(大分印)		

(9) その他の障害について

以下の障害については、「その他障害用」の意見書様式に記載してください。

* 視覚障害

対象者

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

対象となる医療例

角膜移植術、水晶体摘出術

* 聴覚障害

対象者

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

対象となる医療例

人工内耳埋め込み術、穿孔閉鎖術

* 音声・言語・そしゃく機能障害

対象者

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

対象となる医療例

口唇形成術、口蓋形成術、歯科矯正

* 小腸機能障害

対象者

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

対象となる医療例

中心静脈栄養法及びこれに伴う医療に限られる。

※ 医療例は参考であり、ここにはないものも含め、障害の原因となった傷病名や病態等により、身更相が個別に判断します。

〈 更生医療意見書の作成に関するQ&A 〉

問1 「新規認定」の意見書を作成するのは、どのような場合ですか。

「新規認定」の意見書は、初めて更生医療を受ける場合や更生医療の支給を受けていたが、いったん支給をやめた後に再開した場合などに作成します。

問2 身障手帳を所持していれば、「新規認定」の意見書を作成してよいですか。

まず、身障手帳の記載内容（原傷病名や障がい認定部位等）を確認してください。記載内容と更生医療で行う医療との関連があるかの確認が必要です。関連がない場合は、まず、身障手帳の再交付（原傷病名や障がい部位の追加）を手続きを行ってください。等級は何級でもかまいません。

【身障手帳の再交付が必要な例】

- ・身障手帳は「聴覚障がい」のみだが、「じん臓機能障害」の更生医療を受けたい場合
- ・身障手帳は、「右膝のみ」の認定だが、更生医療で「左膝」を手術したい場合
- ・身障手帳の原傷病名は「脳梗塞」だが、更生医療で「変形性関節症」に対する手術をしたい場合

※ただし、心臓機能障害については、身障手帳に標記されている原傷病名以外に対する手術でも更生医療の対象とします。

問3 「方針変更」の意見書を作成するのは、どのような場合ですか。

入通院の変更や転院による医療機関の変更のほか、更生医療を適用中の医療内容が変更になる場合等です。

【医療内容の変更の具体的例】

①手術部位の変更

例：右膝人工関節置換術で新規認定の意見書を書いたが、術前に左膝人工関節置換術へ変更する場合

②手術名の変更

例：右大腿骨頭回転骨切術で新規認定の意見書を書いたが、術前に右股人工関節置換術へ変更する場合

③術後トラブルによる変更

例：右膝人工関節置換術後、リハビリテーション中に転倒して人工関節を破損したため、再置換術が必要となった場合

〈肢体不自由関連〉

問4 人工関節置換術であれば、更生医療の対象になりますか。

問2にあるように、身障手帳の記載内容と更生医療で行う医療との関連があれば、対象になります。

ただし、身障手帳を所持する前に骨折し、その治療として人工関節置換術を行う場合、更生医療の対象になりません。

問5 右膝人工関節置換術の術後、引き続き左膝人工関節置換術を行うことになった場合は、方針変更扱いですか、新規扱いですか。

新たに異なる部位を手術する場合は、（引き続きの入院でも）新規扱いとなりますので、「新規認定」の意見書を作成してください。

問6 術前の貯血は、更生医療の対象となりますか？

更生医療の対象となります。術前に外来で行う場合や1泊入院で行う場合もあるので、意見書の「医療の具体的方針」欄に、必要な回数や日数等を具体的に記載してください。

【貯血の記載例】術前に2回の貯血通院を行い、その後に手術のための本入院を行う場合

①○月○日 1回目貯血通院

②△月△日 2回目貯血通院

③×月△日～△月○日 本入院

※①～③の合計期間は、3ヶ月以内としてください。

3 自立支援医療（更生医療）同時申請について

(1) 更生医療の申請について

- ◎ 身障手帳の交付を受けていることが必要。
※ 更生医療の対象となる障害名が記載された身障手帳であること。
- ◎ 事前申請の原則
更生医療の支給開始前に申請する必要がある。

(2) 更生医療同時申請とは

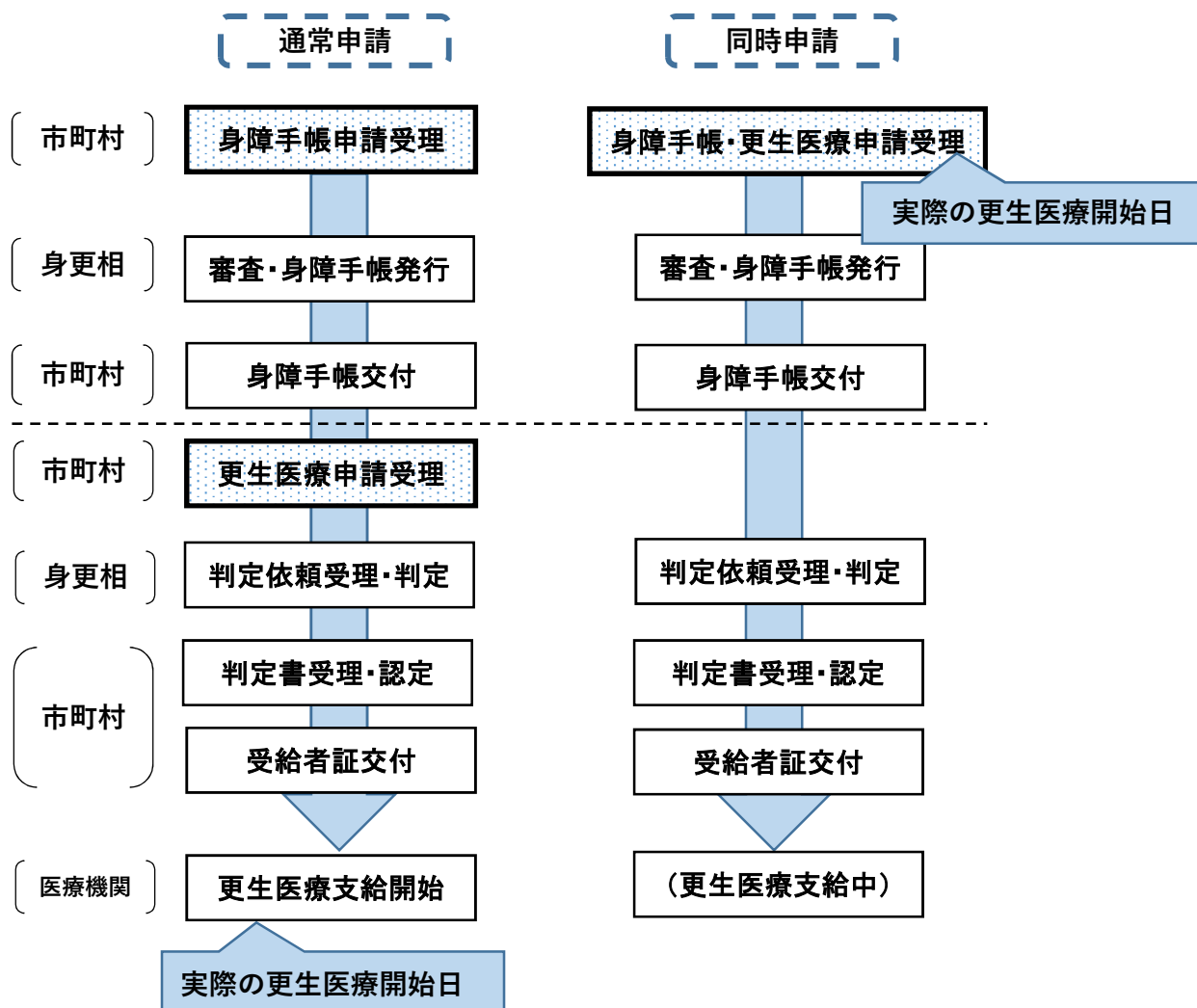
〈身障手帳の交付を受けていない方が更生医療を希望する場合〉

ア 通常申請

まず身障手帳の交付申請を行い、更生医療に必要な身障手帳の交付を受けてから、更生医療の支給申請を行う。

イ 同時申請

身体障害者手帳の交付申請と更生医療の支給申請を同時に行うことをいう。早急に開始する必要がある医療に対し更生医療の支給を希望する場合に限定して認められる例外的扱い。



(3) 更生医療同時申請の適正化について

令和2年4月から、対象とする医療や事務手続きについての適正化を行う予定。適正化の内容については、次ページ以降を参照のこと。

身体障害者手帳と自立支援医療(更生医療)との 同時申請の適正化について

更生医療は、身体障害者手帳（以下、「身障手帳」という。）の交付を受けている人が申請できる制度ですが、身障手帳を持たない人が、更生医療で緊急に手術等を受ける場合には、例外的に身障手帳と更生医療の申請を同時に受け付ける「同時申請」を認めています。

今回大分県では、同時申請の対象となる医療及び事務の流れを下記のとおりとし、事務の適性化を図ることとなりましたのでご注意ください。

同時申請の対象となる医療

以下の①及び②を満たす医療（具体的には下右図）に限定します。

- ① 早急に開始する必要がある医療である
- ② 更生医療の適用後も身障手帳に該当することが明らかである

現行（令和2年3月まで）	適正化	令和2年4月から
以下の障害で医療の限定なし 心臓機能障害 じん臓機能障害 肝臓機能障害 免疫機能障害 肢体不自由 視覚障害 聴覚障害 音声・言語・そしゃく機能障害	→	以下の障害とその医療に限定 心臓機能障害 ペースメーカー植込み術 人工弁置換術 心臓移植術（抗免疫療法を含む） じん臓機能障害 慢性透析療法 じん臓移植術（抗免疫療法を含む） 肝臓機能障害 肝臓移植術（抗免疫療法を含む） 免疫機能障害 抗HIV療法

※ 上記①、②を満たさない方の同時申請が見受けられることに対し、適正化を行うものです。

※ 上記の対象でない医療の場合は、まず、身障手帳の交付申請を行い、身障手帳の交付後に、更生医療の支給申請手続きを行ってください。

適用年月日

令和2年4月1日以降に、市町村が申請を受理した分からが対象になります。ただし、4月30日までは、経過措置期間とします。

裏面に見直し後の事務の流れを掲載していますので、ご覧下さい。

同時申請に関する事務の流れ（令和2年4月から）

指定自立支援医療機関（以下、「医療機関」という。）、市町村及び身体障害者更生相談所（以下、「身更相」という。）に関する事務の流れは、以下のとおりです。

① 市町村の電話受付

医療機関は、**更生医療開始希望日まで（注）**には、**市町村に電話し**、右の内容を伝えてください。

〈申請者の情報〉

- ・氏名
- ・生年月日
- ・住所
- ・障害の種別
- ・更生医療開始希望日
- ・更生医療の内容

② 身更相の電話受付

市町村は、**更生医療開始希望日まで（注）**には、**身更相に電話し**、①（住所以外の項目）の内容を伝えてください。

③ 意見書の発行

医療機関は、身障手帳の診断書・意見書と更生医療意見書を申請者等に渡し、**早急に**市町村に提出するよう説明してください。

④ 意見書の進達

市町村は、身障手帳の診断書・意見書を身更相に郵便で進達してください。

⑤ 身障手帳の発行

身更相は、身障手帳の診断書・意見書を審査し、疑義がなければ、身障手帳を発行します。

同時申請の場合は、更生医療開始希望日が身障手帳交付日となります。

（注） 更生医療開始希望日が休日等閉庁の場合は、翌開庁日で可

身障手帳診断書・意見書や更生医療意見書の作成等について、ご不明な点等がありましたら、下記にお問い合わせください。

なお、申請者のお住まいが大分市の場合は、大分市が身障手帳を交付しますので、大分市へご相談ください。

大分県身体障害者更生相談所
身障手帳・更生医療担当
電話番号：097-542-1209
電話受付時間：開庁日の8時30分～17時15分

〈 身体障害者手帳と更生医療の同時申請に関するQ&A 〉

問1 更生医療における通常申請と同時申請の違いは何ですか。

通常申請とは、すでに身障手帳を所持している方が、更生医療の適用を受けるために行う申請手続きのことです。

一方、同時申請とは、身障手帳を所持していない方が、身障手帳と更生医療の申請を同時に行うことです。これは、早急に医療を開始する必要がある場合で、かつ、更生医療の適用後も身障手帳に該当する場合に限り、特例で認めているものです。

あくまで、通常申請が原則ですので、障がい固定し、身体障害者認定基準に該当する場合は、身障手帳申請手続きを早めに行うよう、ご案内をお願いします。

問2 なぜ、同時申請という取り扱いがあるのですか。

身障手帳の通常申請の場合、市町村への申請後、診断書・意見書が身更相に進達された後、身更相の決裁日が身障手帳の交付日となり、交付日をさかのぼることはできません。したがって、その交付日以降しか更生医療の適用は受けられないこととなります。

そのため、更生医療の適用を希望して早急に医療を開始する必要があるにもかかわらず更生医療に必要な身障手帳を所持していない場合は、早急に身障手帳の交付を受ける必要があり、特例として同時申請を認めています。同時申請の場合は、更生医療開始希望日が身障手帳交付日となります。

(注意) 申請者が大分市にお住まいの場合は、大分市が身障手帳を交付するため、大分市へご相談ください。

問3 今回、同時申請の適正化をする理由は何ですか。

これまで、大分県では、心臓手術などで急を要する場合に、同時申請を認めてきました。しかし、近年の申請において、緊急性が低い医療であるにもかかわらず、更生医療開始希望日間際に身障手帳の診断書・意見書や更生医療意見書が作成されたことを理由に、同時申請扱いを希望する事例がたびたび見受けられています。

また、身障手帳は、障害が固定しその状態が永続することが認定の要件ですが、更生医療の適用を目的に、この要件を満たしているのかが不確かな事例の同時申請希望も見受けられます。

こういった現状に対し、今回、医療の緊急性及び明らかに障害認定が可能である医療に限り、同時申請を認めることにしました。

問4 今回の適正化により、同時申請が認められる医療は何ですか。

今回の見直しにより、同時申請の対象となる医療を、以下の7つに限定します。

- | | |
|---------|-------------------|
| 心臓機能障害 | ・ペースメーカー植込み術 |
| | ・人工弁置換術 |
| | ・心臓移植術（抗免疫療法を含む） |
| じん臓機能障害 | ・慢性透析療法 |
| | ・じん臓移植術（抗免疫療法を含む） |
| 肝臓機能障害 | ・肝臓移植術（抗免疫療法を含む） |
| 免疫機能障害 | ・抗H I V療法 |

なお、これらの医療についても、できるかぎり通常申請となるよう、身障手帳の基準に該当するようになった段階で、早めに身障手帳の申請手続きを行うよう周知をお願いします。

※今回の見直しで、心臓機能障害の手術であるP C Iや冠動脈バイパス術、カテーテルアブレーション等治療により改善する可能性が高く、永続する障がいが残存するとは限らない術式は、同時申請の対象外となりますが、術後に症状が落ち着いた段階で、身体障害認定基準に該当する所見がある場合には身体障害者手帳の申請は可能です。

※肢体不自由の人工関節置換術についても、医療の緊急性が低いため同時申請の対象外となりますが、身障手帳の認定基準を満たすようになった時点で、あらかじめ身障手帳の交付を受けておくことにより、更生医療の申請はできますので、余裕をもって手続きをすすめていただきますようお願いします。

問5 今回の適正化により、同時申請に関する事務では、何か変更点がありますか？

○受付方法

これまでは、身障手帳の診断書・意見書や更生医療意見書を医療機関が市町村へFAX送信し、これらを身更相に転送することにより同時申請受付を行ってきましたが、個人情報保護の観点から、電話連絡による受付へと変更します。

同時申請を希望する場合は、早めに（遅くとも更生医療開始日まで）に、市町村へ電話連絡を行ってください。この際、以下の申請者に関する情報を、市町村にお伝え下さい。

- ・氏名
- ・生年月日
- ・住所
- ・障害の種別（心臓、じん臓、肝臓、免疫のいずれか）
- ・更生医療の内容（例：ペースメーカー植込み術、慢性透析療法）

なお、電話連絡後は、市町村での申請手続きを早急に行う必要がありますので、申請者（又は代理人）へのご説明をよろしくをお願いします。

○身障手帳の交付日

これまで、身障手帳の交付日は、身更相が市町村からのFAXを受理した日としてきましたが、今後は、更生医療開始希望日を交付日とします。

問6 夜間や休日等で、市町村に電話連絡できない場合は、どうしたらよいですか。

平日の閉庁後や閉庁日（土曜日、日曜日及び祝日等）に、緊急手術等の更生医療が開始され、その日のうちに市町村に電話連絡できない場合の対応は、以下のとおりです。

① 〈医療機関→市町村〉

医療機関は、翌日等直近の開庁日の朝に市町村に電話連絡し、同時申請の相談を行ってください。

② 〈市町村→身更相〉

相談を受けた市町村は、同日のうちに身更相に電話連絡し、同時申請の相談を行ってください。

この場合、更生医療を開始した閉庁日が身障手帳の交付日となります。

4 指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)の指定、更新等について

自立支援医療の支給認定を受けた障がい者の自立支援医療を行おうとする医療機関は、障害者総合支援法第59条により都道府県等の指定を受ける必要がある。

※ 大分市に所在がある医療機関は、大分市が指定。

(1) 新規指定

大分県社会福祉審議会審査部会にて審査が必要となるため、開催日の1箇月前までに必要書類を提出すること。

※ 審査部会開催月 (3月・6月・9月・12月)

(例) 審査部会開催日：3月13日 → 書類提出期限：2月13日

① 指定要件 (医療機関)

- 懇切丁寧な自立支援医療が行え、かつ、現に自立支援医療の対象となる身体障がいの治療を行っていること。
- 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体制が整備されていること。
- 担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等の体制及び医療機器等設備を有しており、適切な標榜科が示されていること。

※ 「指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定要領」参照 (参考資料P 2 3)

② 指定要件 (主たる医師・歯科医師)

- 常勤の医師または歯科医師であること
- 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、従事年数が、通算して5年以上あること。等

※ 主たる医師の変更は、新規指定に準ずる書類提出が必要。

③ 提出書類等 (記入要領参照：参考資料P 2 8)

- ア 指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定・変更申請書 (病院または診療所)
- イ 別紙1 経歴書
- ウ 別紙2 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備概要
- エ 別紙3 研究内容に関する証明書
- オ 別紙4～9 各障害に関する臨床実績証明書等
- カ 誓約書

④ 書類提出先

〒870-8501 大分市大手町3-1-1

大分県 福祉保健部 障害福祉課あて

※ 大分市に所在のある医療機関を除く

(2) 指定の更新

指定自立支援医療機関は、6年ごとに更新を受けなければ、期間の経過によりその効力を失う。

更新を希望する際は、以下の書類提出が必要。

① 提出書類等（記入要領参照：参考資料P40）

ア 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（病院または診療所）

イ 誓約書

ウ 自己点検表

エ 変更届出（※変更がある場合に限る）

※ 誓約書について、法人が開設者となる場合、代表者の職名氏名、生年月日まで記載が必要。

② 書類提出先

〒870-8501 大分市大手町3-1-1

大分県 福祉保健部 障害福祉課あて

※ 大分市に所在のある医療機関を除く

(3) 記載事項等の変更届

医療機関の名称・所在地、開設者の氏名又は名称・住所、標榜している診療科目、主として担当する医師、役員、医療機関コード等に変更があった場合等は、以下の書類を提出すること。

① 提出書類等（記入要領参照：参考資料45P）

ア 指定自立支援医療機関変更届出書

イ 休止・廃止・再開届出書

ウ 処分届出書

エ 辞退届出書

② 書類提出先

〒870-8501 大分市大手町3-1-1

大分県 福祉保健部 障害福祉課あて

※ 大分市に所在のある医療機関を除く

【参考】大分県HP検索方法(様式等掲載場所)

The screenshot shows the Oita Prefecture Government website. At the top, there are navigation links for '音声読上', '色合い', '白', '黒', '青', '文字サイズ', '拡大', '標準', 'English', '中文', '한국어', and 'Tourism'. Below this is a search bar and several utility buttons like 'TOPへもどる', 'サイトマップ', '組織からさがす', and '県庁舎のご案内'. A main navigation menu includes '注目ワード' with categories like '授業料等支援', 'ふるさと納税', '運転免許', '交通事故', '県職員採用', '働き方改革', 'OPAM', 'えんむす部', and 'カテデ!'. The current page is titled '障害福祉課の詳しい業務内容' and features a search bar with the text '障害者総合支援法に基づく自立支援医療機関の指定申請について'. A list of services is on the left, including '障がい者福祉のしおり', '障がい者手帳', '障がい福祉サービス等', '自立支援医療', '発達障がい者支援', '心の健康', '自殺対策', and 'その他'. The main content area shows a search result for '1 自立支援医療について' with a brief description of the support provided.

検索用語



新規指定・更新

The screenshot shows the page '4 指定自立支援医療機関の指定及び更新について'. The text explains that the law was revised from the Act on Support for Persons with Disabilities to the Comprehensive Support Law for Persons with Disabilities in April 2018. It states that medical institutions providing self-support medical care must now be designated under the new law. The effective period of designation is 6 years, and renewal is required. A note specifies that the law is the 'Law for Comprehensive Support for Persons with Disabilities in Daily and Social Life'.

(1) 指定及び更新申請の受付について

指定及び更新申請については、大分県福祉保健部障害福祉課まで申請書等を作成のうえ郵送で提出してください。
 送付先 〒870-8501 大分市大手町3-1-1 大分県福祉保健部障害福祉課あて

なお、大分市に所在する医療機関については、育成医療・更生医療の指定は大分市長が行いますので、大分市福祉保健部障害福祉課までお問い合わせください。

新規申請

(2) 指定申請(新規申請)に係る各種様式について

指定を受けようとする医療機関は、下記の申請様式により指定申請をしてください。
 また、医療機関の医療機関コードが変更となる場合も、下記の申請様式により新たに指定申請が必要です。

新規様式

病院または診療所	育成医療・更生医療(記入要領・指定申請) [PDFファイル/50KB]	精神通院医療(記入要領・指定申請) [PDFファイル/175KB]	
	指定申請 [Wordファイル/20KB]		指定申請 [Wordファイル/23KB]
薬局	別紙1~9 [Wordファイル/28KB]	誓約書 [Wordファイル/25KB]	
	誓約書 [Wordファイル/22KB]		
	育成医療・更生医療・精神通院医療(記入要領・指定申請) [PDFファイル/221KB]		
訪問看護	指定申請 [Wordファイル/53KB]		
	誓約書 [Wordファイル/25KB]		
	育成医療・更生医療・精神通院医療(記入要領・指定申請) [PDFファイル/185KB]		
	指定申請 [Wordファイル/42KB]		
	誓約書 [Wordファイル/25KB]		

(3) 更新申請に係る各種様式について

自立支援医療機関の指定の有効期間は6年間となっており、指定を継続して受ける場合は更新の申請をしなければなりません。更新が必要な医療機関には、大分県障害福祉課から個別にご案内いたします。

指定の更新を受けようとする医療機関は、下記の申請様式により更新申請をしてください。

更新申請

更新様式

病院または 診療所	育成医療・更生医療(記入要領・更新申請) [PDFファイル/17KB] 更新申請 [Wordファイル/22KB] 誓約書 [Wordファイル/22KB] 自己点検表 [Excelファイル/40KB] 変更届出 [Wordファイル/34KB]	精神通院医療(記入要領・更新申請) [PDFファイル/243KB] 更新申請 [Wordファイル/24KB] 誓約書 [Wordファイル/25KB] 自己点検表 [Excelファイル/39KB] 変更届出 [Wordファイル/42KB]
薬局	育成医療・更生医療・精神通院医療(記入要領・更新申請) [PDFファイル/260KB] 更新申請 [Wordファイル/53KB] 誓約書 [Wordファイル/25KB] 自己点検表 [Excelファイル/38KB] 変更届出 [Wordファイル/42KB]	

変更届出等

(4) 記載事項の変更等に係る各種様式について

記載事項の変更、医療機関の休止・廃止・再開、処分、指定の辞退については、下記の各種様式により届出をしてください。

変更届出様式

変更届出 [PDFファイル/79KB] 変更届出 [Wordファイル/42KB] 注:薬局の方へ…薬局の管理薬剤師の変更届出には、 管理薬剤師の経歴書 [Wordファイル/35KB] と薬剤師免許証のコピーの添付が必要です。 注:病院・診療所の方へ(精神通院医療に限る)…主たる医師の変更届出には、 主たる医師の経歴書 [Wordファイル/20KB] と医師免許証のコピーが必要です。 ※育成・更生医療を担当する病院・診療所については、主たる医師の変更には、上記(2)に掲げる書類が必要です。
休止・廃止・再開届出書 [PDFファイル] 休止・廃止・再開届出書 [Wordファイル]
処分届出書 [PDFファイル] 処分届出書 [Wordファイル]
辞退届出書 [PDFファイル] 辞退届出書 [Wordファイル]

医療機関からの質問事項（Q & A）

質 問 事 項

自立支援医療意見書の「作成料」を設定し患者さんから徴収してもよいか。

回 答

【回答】

以下の取扱いとすること。

1 無 償：既に更生医療の支給認定を受けている者の意見書

- ①医療の具体的方針の変更
- ②「再認定（いわゆる更新）」をする場合

（根拠）指定自立支援医療機関療養担当規定第6条
（参考資料〇〇P参照）

2 有 償：新規で更生医療の支給認定を受けようとする者の意見書

- ①支給認定を受けていない「新規申請」
- ②一度有効期間が切れた方が「再度新規申請」をする場合

※ ただし、医療機関によっては新規申請の場合でも無償で交付しているところもあり、それを妨げるものではない。

（根拠）平成19年1月24日 厚生労働省障害保健福祉部
保護課医療係長、精神・障害保健課 自立支援医療係長事務連絡

memo