

# 障害者自立支援医療（更生医療）について

## I 概要

### 1 自立支援医療（更生医療）（以下「更生医療という。」）とは

疾病や外傷の治癒を目的とする一般医療とは異なり、身体に障がいのある方の身体機能の改善もしくは維持を図り日常生活能力や職業生活能力を向上・回復又は獲得することを目的とする医療です。（障害者総合支援法（以下「法」という。）施行令第1条の2第1項第2号）

### 2 対象者

身体障害者手帳の交付を受けた18歳以上の方です。

（自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱第2（以下「要綱」という。））

### 3 対象となる医療

（1）以下の要件を満たすことが必要です。

- ① 身体障害者手帳に記載された「障害名」及び「原因傷病」に対応した医療であり、手帳に記載された「障害」に対し確実な治療効果（身体機能の改善もしくは維持）が期待される医療であること。（要綱第2）
- ② 指定自立支援医療機関（※）で行なわれる医療であること。  
（法第54条第2項、施行規則第40条、第35条第1項第7号）  
※ 法第59条、法施行規則第57条に基づき都道府県知事が指定する。
- ③ 健康保険等の医療保険の対象となる医療であること。（法第62条、要綱第4の2）

（2）労働者災害補償保険法による療養補償給付及び療養給付等、他の法令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、更生医療の対象となりません。

（法第7条第1項、施行令第2条、要綱第2の2）

### 4 対象となる障害と具体的医療例

障がいの種類		具体的医療の例
視	覚 障 が い	角膜移植術、水晶体摘出術
聴	覚 障 が い	外耳道形成術、人工内耳埋込術
音声・言語・そしゃく機能障がい		上顎・下顎形成術、口蓋形成術、歯科矯正
肢 体 不 自 由		関節形成術、人工関節置換術、腱延長術、腱切り術、断端形成術
内 部 機 能 障 が い	心 臓 機 能 障 が い	冠動脈、大動脈バイパス移植術、大動脈弁形成術又は弁置換術、ペースメーカー埋込術、心臓移植術、心臓移植後の抗免疫療法
	じ ん 臓 機 能 障 が い	人工透析療法、腎移植術、腎移植術後の抗免疫療法
	小 腸 機 能 障 が い	中心静脈栄養法
	肝 臓 機 能 障 が い	肝臓移植術、肝臓移植後の抗免疫療法
免 疫 機 能 障 が い		抗 HIV 療法、免疫調整療法、AIDS 診断基準による 23 指標疾患治療

※1 心臓機能障害、じん臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害については、内科的治療のみのは除きます。（要綱第2の2）

※2 人工透析療法、腎移植後の抗免疫療法、中心静脈栄養法、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ついては、これらに伴う医療についても対象とします。（要綱第2の2）

※3 癩痕拘縮等に起因する音声・言語機能障害、肢体不自由の改善に関する形成外科的医療も対象とします。

## 5 医療内容 (要綱第2の3及び第7の3)

### (1) 診察

(健康保険診療点数表等の例による。)

### (2) 薬剤又は治療材料

(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に限ります。更生医療実施にともなう治療用装具も含まれます。)

### (3) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術

(施術は、当該指定自立指定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マッサージを受ける場合のみに限ります。)

### (4) 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護

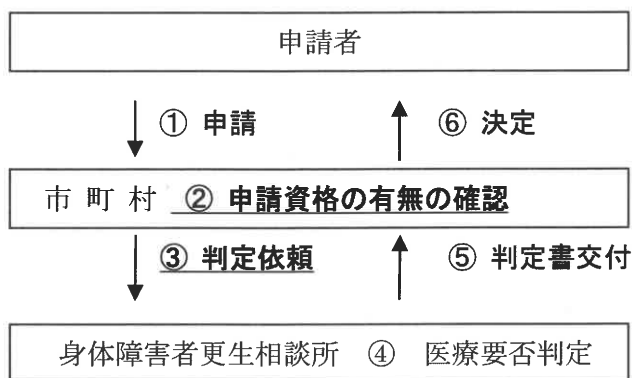
### (5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

### (6) 移送

(近くにAという医療機関があるが、指定自立支援医療機関でないため、より遠方のBという指定自立支援医療機関に移送する場合が想定されます。)

## II 自立支援医療判定事務について

### 1 判定事務の流れ (法第52条、53条、54条、法第74条、要綱第3の3、第4の1)



岩手県では福祉総合相談センター(以下「センターという。」)が更生医療の判定を行なっています。

## 2 申請資格の有無の確認について

確認項目	適用
(1) 所得区分	
(2) 身体障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 原則として身体障害者手帳が交付されていることが要件となります。 <input type="checkbox"/> 申請月日が身体障害者手帳の交付日以降であるかを確認してください。
(3) 原因疾病・障害名と医療内容の整合性について	<input type="checkbox"/> 更生医療を実施する部位（内容）が身体障害として認定されている部位かを確認してください。 例：「右膝関節機能障害」の方の場合、「左膝関節」にかかる更生医療は対象外となります。
(4) 当該医療の種類を担当する指定自立支援医療機関か	<input type="checkbox"/> 県障がい保健福祉課から送付されている指定医療機関名簿により「指定自立支援医療機関」と「担当する医療の種類」を確認してください。 <input type="checkbox"/> 主担当医師欄が「変更申請予定」「休止予定」となっている場合は指定自立支援医療機関として扱っていないので留意してください。 <input type="checkbox"/> 申請者が県外の医療機関を希望する場合は、医療機関の住所地を所管する身体障害者更生相談所等に、申請者が希望する医療の種類を担当する指定自立支援医療機関か否か確認してください。
(5) 医師の意見書	<input type="checkbox"/> 更生医療を主として担当する医師が作成したものか確認してください。 ただし、大規模病院の場合は、主担当医師のみでは対応困難なことから、当該科の15条指定医師が作成した意見書であってもよい取扱いとしています。
(6) 入院に至った主疾病	<input type="checkbox"/> 入院事由が明確でない場合は、入院に至った主疾病を確認してください。 例：通院による血液透析療法をしているじん臓機能障害の方が、骨折で入院した場合等は、入院料及び骨折にかかる治療費は自立支援医療費の支給対象とはなりませんので留意願います。

## 3 判定依頼について

以下の場合、更生医療の要否にかかる判定が必要です。次の書類をセンターに送付してください。

### (1) 判定依頼書

### (2) 「自立支援医療（更生医療）に関する意見書」の写し

判定依頼書の記載の仕方、意見書のチェック事項は別添資料のとおりです。

判定依頼を要する事由	依頼区分	適用
(1) 新規申請	新規	
(2) 再認定	再認定	<input type="checkbox"/> 支給認定の有効期間が終了し、再度の支給認定をする場合。（要綱第6の1） ※判定省略が可能な場合について「IVその他の留意事項、3再認定の取扱い」参照のこと。
(3) 医療の具体的方針の変更	内容変更	<input type="checkbox"/> 予定していた治療内容を変更する場合。 （法第56条第1項、法施行規則第44条第3号、第45条、要綱第6の2）
(4) 医療機関変更	内容変更	<input type="checkbox"/> 医療機関が変わることで、更生医療を主として担当する医師も変わることにより、医療内容の変更もあり得るため。 （法第56条第1項及び第2項、同法施行令第32条、同規則第44条第1項、第45条、通則第6）
(5) 入院・通院の変更	内容変更	<input type="checkbox"/> 入院によって医療内容の変更があることも予想されること、入院の原因疾病が障害内容と整合性を欠き、入院医療や医療内容の一部が更生医療の対象外となることもあることによる。 ※判定省略が可能な場合について「IVその他の留意事項、4」参照のこと。

### Ⅲ 手帳の交付申請と更生医療支給認定の申請を同時に行う場合の取り扱いについて

- ・更生医療は、身体障害者手帳を持っている方が対象であり、その給付については、更生相談所の判定に基づいて決定するのが原則です。
- ・このため、身体障害者手帳の申請については、自立支援医療（更生医療）の対象となる医療を開始する前に行う必要があります。

**ただし、心臓手術等緊急を要するため身体障害者手帳の申請（障害名追加による再交付申請を含む）と更生医療の申請を同時に行う必要がある場合は、例外的にセンターが市町村から電話連絡を受けた日をもって身体障害者手帳の交付日とし、更生医療の適用も同日とすることができる取扱いとしています。**

この場合、受付日も同日（センターが市町村から電話連絡を受けた日）としていますので、判定依頼の際には身体障害者手帳（再）交付申請書の記載日と市町村での受付日及び、更生医療にかかる判定依頼日を同一としていただきますようお願いいたします

### Ⅳ その他の留意事項

#### 1 認定期間（法第55条、法施行規則第43条、要綱第5の5）

- (1) 原則3か月以内です。
- (2) 以下については、最長1年。  
いわゆる「重度かつ継続」に該当するものであり、治療が長期に及ぶことによります。
  - ① 腎臓機能障がいにおける人工透析療法
  - ② 心臓・腎臓・肝臓の機能障がいによる移植術後の抗免疫療法
  - ③ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいに対する抗H I V療法、免疫調整療法
  - ④ 小腸機能障がいに対する中心静脈栄養療法

#### 2 期間延長（要綱第7の2）

- (1) 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（発熱等）により支給認定の有効期間を延長する必要があると認める場合には、報告書にその旨を記入して市町村長に提出させていただきます。
- (2) 上記報告書により、2週間以内でかつ、1回に限り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となっています。
- (3) それ以上の期間を要するものについては、再認定として取り扱うこととなります。

#### 3 再認定の取扱い（障第371号平成25年7月17日、（国）障発0619第2号平成25年6月19日）

- (1) 再認定の申請にかかる医師の意見書について、長期に治療が必要な疾患で、障がい者等に病状の変化及び治療方針の変更がないことが確認できる場合には、市町村の判断により当該意見書の添付を省略して差し支えありません。
- (2) 対象となる疾患
  - ① 腎臓機能障がいにおける人工透析療法
  - ② 心臓・腎臓・肝臓の機能障がいによる移植術後の抗免疫療法
  - ③ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいに対する抗H I V療法、免疫調整療法
  - ④ 小腸機能障がいに対する中心静脈栄養療法

(3) 市町村等が確認することができる公簿等の例

新規申請で提出された意見書及び申請窓口において口頭確認、特定疾病療養受領証、身体障害者手帳等（※省略事由を申請書中の備考欄に記載すること）

**4 入院・通院変更時の取扱い**（障第918号平成30年1月24日）

(1) 更生医療の入院・通院の変更時の申請において、以下に示す条件にすべて該当する場合、市町村の判断により当該意見書の添付を省略して差し支えない。

- ① 通院から入院に変更した場合であって、退院後に通院に変更する場合。
- ② 入院前に支給認定された受給者証（通院）の有効期間内である場合。
- ③ 入院前に支給認定された医療機関に変更する場合。
- ④ 通院の治療内容が入院前の内容と同一であること。

(2) 対象となる疾患、治療内容の確認方法については「3 再認定の取扱い」に準じる。

**5 その他**（要綱第5の6）

同一受診者に対し、当該受診者が更生医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は原則1か所とされています。

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ません。

例： 腎移植術後に移植腎の機能が十分でなく抗免疫療法に加えて血液透析療法も必要とする場合に、血液透析療法は近隣の自立支援指定医療機関Aで、抗免疫療法については遠方の指定自立支援医療機関Bで受ける場合等。

## 【資料】

### 判定依頼及び判定依頼書等の記載方法等について

#### 1 判定依頼時に必要とする書類

岩手県福祉総合相談センターに判定依頼する場合、必要な書類は次のとおりです。

- (1) 判定依頼書
- (2) 自立支援医療（更生医療）に関する意見書（写し）

#### 2 「判定依頼書」で留意する点

##### 【例】

様式第1号		判定依頼書		第 号	
				平成 年 月 日	
岩手県福祉総合相談センター 所長 様					
				福祉事務所長 印 町 村 長 印	
下記の者に対する判定を依頼します。					
記					
氏名	〇〇 〇〇	男・女	〇年 〇月 〇日生	住所	〇〇〇〇
身体障害者手帳	〇〇県 第 号 年 月 日交付 (〇種〇級)			障害名	●
疾患名	※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない )				
医療保険名					
家族関係					
職業歴 (社会活動・社会参加の状況を含む)					
判定依頼事項	自立支援医療(更生医療) ① <input checked="" type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 再認定 ・ <input type="checkbox"/> 内容変更 ② 前回の承認期間 入院・通院 ● ③ 今回の承認期間 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 平成 30年 4月 1日～平成 30年 4月 30日				
現在受療中の医療機関名	岩手県立〇〇病院				
その他 (既往歴、合併症、退院見込等)					

身体障害者手帳に記載されている傷病名・障害名、等級を記載すること

依頼内容に○を付けること

前回承認期間がある場合は、記載すること

今回承認を要する期間及び入院・通院別について、記載すること

### 3 「自立支援医療（更生医療）に関する意見書」で留意する点

【例】

様式第2号  
**自立支援医療費(更生医療)支給意見書**

下記の者は、診断の結果、障害者総合支援法第5条第24項に規定する自立支援医療(更生医療)を必要と認めます。

※ については、その医療の具体的方針や概算額は、次のとおりです。

氏名	〇〇 〇〇	性別	男	生年月日	M・T・S・H 〇年 〇月 〇日生
住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇番地				
原傷病名	変形性股関節症				
現症	歩行時痛、可動域制限				
医療の具体的な内容	1 方針 右人工股関節置換術				
	2 治療効果見込み 疼痛の改善、歩行能力の向上				
	3 術後の等級 (身体障害者手帳 級相当に該当)				
	4 治療期間及び入院・通院の別 ・治療(予定)期間 平成30年4月1日～平成30年4月30日(1か月又は日間) ・入院・通院の別 入院・通院				
医療費概算	具体的内容	金額	備考		
手術	右人工股関節置換術	〇〇〇円			
投薬注射	〇〇〇〇	〇〇〇円			
処置	〇〇〇〇	〇〇〇円			
検査	〇〇〇〇	〇〇〇円			
基本診療	〇〇〇〇	〇〇〇円			
その他					
合計	〇〇〇〇	〇〇〇円			
平成〇〇年 〇月 〇日		《担当者》			
指定自立支援医療機関名 〇〇〇〇病院		氏名 〇〇 〇〇			
所在地 〇〇市〇〇町〇-〇		電話 〇〇 (〇) 〇〇〇〇			
担当医師氏名 〇〇 〇〇 印					

※ 更生医療の対象となる医療にかかるものについて、御記入願います。

今回の医療方針と身障手帳の傷病名・障害名に整合性があるか

治療(予定)期間、入院・通院の別が記載されているか確認すること

指定自立支援医療機関か確認すること

医療機関の所在地、担当医師氏名の記載があるか、押印されているか確認すること。

医療機関の担当者氏名、電話番号の記載があるか確認すること

# 岩手県自立支援医療（更生医療）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、岩手県福祉総合相談センター（以下「センター」という。）が行う。

## 3 判定区分

(1) 市町村は、次に掲げる場合にはセンターの判定を求めなければならない。

- ① 新規に更生医療の支給認定を行うとき
- ② 支給認定の有効期間が終了し、再度支給認定を行うとき
- ③ 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

(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。

## 4 医師の意見書

申請に要する医師の意見書は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（以下「障害者総合支援法」という。）（平成17年法律第123号）第59条第1項に規定による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した自立支援医療費（更生医療）支給意見書（様式第2号）とする。

## 5 判定依頼

### (1) 新規の判定

市町村は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、次の要件を確認して、判定依頼書に意見書を添付し、センター所長に提出すること。

- ① 身体障害者手帳を所持している18歳以上の者であるか
- ② 申請月日が身体障害者手帳の交付日以降であるか
- ③ 更生医療を実施する部位（内容）が身体障がいとして認定されているか
- ④ 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

### (2) 再認定の判定

市町村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、「自立支援医療の支給認定における再認定の取り扱いについて（平成25年7月17日付障第371号岩手県保健福祉部長通知）」のとおり、長期に治療が必要な疾患で、障がい者等の病状の変化及び治療方針の変更がないことが確認できる場合は、市町村の判断により、センターへの判定依頼及び意見書添付を省略し、市町村の判断によることができる。

対象となる疾患は以下のとおり

- ① 腎臓機能障害に対する人工透析療法
- ② 心臓・腎臓・肝臓の機能障害による移植術後の抗免疫療法
- ③ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する抗H I V療法、免疫調整療法
- ④ 小腸機能障害に対する中心静脈栄養療法

なお、医師の意見書添付の省略にあたっては、病状の変化及び治療方針の変更がないか、更生医療対象外の治療内容が含まれていないかを確認すること。

### (3) 変更の判定

- ① 市町村は医療の具体的方針の変更の申請を受付したときは、判定依頼書に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。
- ③入院から通院へ変更する場合で、以下に示す条件にすべて該当する場合、市町村の判断により医師の意見書の添付を省略して差し支えない。

ア 入院前に支給認定された受給者証（通院）の有効期間内である場合

イ 入院前に支給認定された医療機関に変更する場合

ウ 通院の治療内容が入院前の内容と同一の場合

エ 対象となる医療

- (ア) 腎臓機能障害における人工透析療法
- (イ) 心臓・腎臓・肝臓の機能障害による移植術後の抗免疫療法
- (ウ) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する抗H I V療法、免疫調整療法
- (エ) 小腸機能障害に対する中心静脈栄養法

## 6 判定の実施

センター所長は、判定の結果を判定書により市町村に通知する。

### 附 則

- 1 この要領は、平成30年5月7日から適用する。
- 2 従前の「補装具及び自立支援医療（更生医療）判定事務取扱要領」は、平成30年5月6日限り廃止する。

### 附 則

- 1 この要領は、平成31年4月24日から適用する。



障 第 371 号  
平成 25 年 7 月 17 日

各市町村長 様  
(障がい福祉担当課、児童福祉担当課扱い)

岩手県保健福祉部長

自立支援医療の支給認定における再認定の取扱いについて

このことについて、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から別添のとおり通知がありましたのでお知らせします。

については、更生医療にかかる本県の取扱いを下記のとおりとしますので、ご了知のうえ、事務を進めていただくようお願いいたします。

なお、別添写しのとおり各指定自立支援医療機関あて通知していることを申し添えます。

記

1 趣旨

自立支援医療（育成医療及び更生医療）の再認定にかかる医師の意見書について、長期に治療が必要な疾患で、障がい者等の病状の変化及び治療方針の変更がないことが確認できる場合は、市町村の判断により、当該意見書の添付を省略して差し支えないこと。

2 更生医療にかかる本県の取扱い

岩手県福祉総合相談センターへの判定依頼及び医師の意見書添付を省略し、市町村の判断により支給認定できる場合は、以下のとおりとします。

(1) 対象となる疾患

- ①腎臓機能障害に対する人工透析療法
- ②心臓・腎臓・肝臓の機能障害による移植術後の抗免疫療法
- ③ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する抗HIV療法、免疫調整療法
- ④小腸機能障害に対する中心静脈栄養療法

(2) 適用年月日

平成 25 年 8 月 1 日以降

(3) 留意事項

医師の意見書添付の省略にあたっては、病状の変化及び治療方針の変更がないか、入院の際に更生医療対象外の治療内容が含まれていないかを十分確認いただくようお願いいたします。

3 育成医療について

意見書の添付省略は、各市町村の判断によりします。

4 参考事項 (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課確認事項)

- ・確認できる「公簿等」については、新規申請で提出された意見書及び申請窓口において口頭確認、特定疾病療養受領証、身体障害者手帳等が考えられます。
- ・申請書様式の改正（例：「病状の変化及び治療方針の変更 有・無」欄の追記）は現在のところ予定はありません。どのような確認をすることで省略としたか、申請書中の備考欄等に記載が必要となります。
- ・再認定における意見書の添付省略が可能な期間については、特に定めておりません。市町村の判断によりします。

【担当】

更生医療担当：障がい保健福祉課	小原 (電話 019-629-5446)
福祉総合相談センター	小笠原 (電話 019-629-9613)
育成医療担当：児童家庭課	岩渕 (電話 019-629-5470)



障発0619第2号  
平成25年6月19日

各 { 都道府県知事  
指定都市市長  
中核市市長 } 殿

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部長  
(公印省略)

自立支援医療の支給認定における再認定の取扱いについて

自立支援医療の支給認定については、平成18年3月3日障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「自立支援医療の支給認定について」により実施しているところであるが、今般、支給認定における再認定について規定する同通知別紙2「自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱」第5及び別紙3「自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱」第6の取扱いについて、下記のとおり確認するので、貴管内市町村を含め関係者及び関係団体に対する周知の上、円滑に運営されるようご配慮願いたい。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

平成18年3月3日障発第0303002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「自立支援医療の支給認定について」別紙2「自立支援医療費（育成医療）支給認定実施要綱」第5及び別紙3「自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱」第6において、自立支援医療（育成医療及び更生医療）の再認定の原則的な取扱いについてお示ししているが、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施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第35条第2項ただし書きに規定するとおり、支給認定の申請に当たり、申請書に添付しなくてはならない書類により証明すべき事実について、市町村等が公簿等によって確認することができる場合は、例外的に市町村等は当該書類を省略させることができる。

したがって、自立支援医療（育成医療及び更生医療）の再認定の申請をする場合の再認定の必要性を詳細に記載した医師の意見書についても、障害者等に病状の変化及び治療方針の変更がないことが確認できる場合には、市町村の判断により当該意見書の添付を省略して差し支えない。

(再認定の申請における意見書の省略が可能と考えられる例)

- ・腎臓機能障害に対する人工透析療法
- ・心臓・腎臓・肝臓の機能障害による移植術後の抗免疫療法
- ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する抗HIV療法、免疫調整療法
- ・小腸機能障害に対する中心静脈栄養療法



障 第 9 1 8 号  
平成 30 年 1 月 24 日

各市町村長  
岩手県医師会長  
各指定自立支援医療機関（更生医療）の長 } 様

岩手県保健福祉部障がい保健福祉課総括課長

自立支援医療（更生医療）の入院・通院変更時の取扱いについて  
このことについて、別添のとおり岩手県福祉総合相談センターから通知がありましたのでお知らせします。

**【担当】**

障がい福祉担当（横森）

電話 019-629-5447

FAX 019-629-5454

福 相 第 369 号  
平成 30 年 1 月 17 日

障がい保健福祉課総括課長 様

福祉総合相談センター所長

自立支援医療（更生医療）の入院・通院変更時の取扱いについて（依頼）

このことについて、下記のとおり取扱いを変更しますので、関係機関（岩手県医師会、自立支援医療機関、各市町村等）へ周知していただきますようお願いいたします。

記

## 1 変更事項

更生医療の入院・通院の変更時の申請において、以下に示す条件にすべて該当する場合、市町村の判断により当該意見書の添付を省略して差し支えない。

- (1) 通院から入院に変更した場合であって、退院後に通院に変更する場合。
- (2) 入院前に支給認定された受給者証（通院）の有効期間内である場合。
- (3) 入院前に支給認定された医療機関に変更する場合。
- (4) 通院の治療内容が入院前の内容と同一であること。
- (5) 対象疾患
  - ①腎臓機能障害における人工透析療法
  - ②心臓・腎臓・肝臓の機能障害による移植術後の抗免疫療法
  - ③ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する抗 HIV 療法、免疫調整療法
  - ④小腸機能障害に対する中心静脈栄養療法

※なお、通院の治療内容が入院前の内容と同一であることの確認については、「自立支援医療の支給認定における再認定の取扱いについて(平成 25 年 7 月 17 日付障第 371 号、平成 25 年 6 月 19 日付障発 0619 第 2 号)」に準ずることとする。

## 2 適用開始日

平成 30 年 4 月 1 日

担当： 障がい保健福祉課 村木 TEL 019-629-9615
--

判定依頼書

第 号  
年 月 日

岩手県福祉総合相談センター所長 様

福祉事務所長 印  
町 村 長 印

下記の者に対する判定を依頼します。

記

氏名		男・女	年 月 日生	住所	
身体障害者手帳	〇〇県 第 号 年 月 日交付 (〇種〇級)			障害名	
疾患名 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)					
医療保険名					
家族関係					
職業歴 (社会活動・社会参加の状況を含む)					
判定依頼事項 自立支援医療(更生医療) ① ・新規 ・再認定 ・内容変更  ② 前回の承認期間 入院・通院 ~ ③ 今回の承認期間 入院・通院 ~					
現在受療中の医療機関名					
その他 (既往歴、合併症、退院見込等)					

自立支援医療費(更生医療)支給意見書

下記の者は、診断の結果、障害者総合支援法第5条第24項に規定する自立支援医療(更生医療)を必要と認めます。

については、その医療の具体的方針や概算額は、次のとおりです。

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日生
住所					
原傷病名					
現症					
医療の具体的な内容	1 方針				
	.....				
	.....				
	.....				
医療費概算	2 治療効果見込み				
	.....				
	.....				
	.....				
費食を準除療<療	3 術後の等級 (身体障害者手帳 級相当に該当)				
	4 治療期間及び入院・通院の別				
	・治療(予定)期間 年 月 日～ 年 月 日 ( か月又は 日間)				
	・入院・通院の別 入院 ・ 通院				
	具 体 的 内 容 ※				
	金 額 備 考				
	手術				
	投薬注射				
	処置				
	検査				
	基本診療				
	その他				
	合計				
年 月 日 指定自立支援医療機関名 所在地 担当医師氏名 印				《担当者》 氏名 電話 ( ) 番	

※ 更生医療の対象となる医療にかかるものについて、御記入願います。