

平成 2 5 年 度  
自立支援医療  
更生医療の手引き

(平成29年度修正版)



鳥取県東部福祉保健事務所 (鳥取県東部身体障害者更生相談所) Tel 0857-22-5647  
鳥取県中部総合事務所福祉保健局 (鳥取県中部身体障害者更生相談所) Tel 0858-23-3125  
鳥取県西部総合事務所福祉保健局 (鳥取県西部身体障害者更生相談所) Tel 0859-31-9309  
鳥取県 福祉保健部 障がい福祉課 認定担当 Tel0857-26-7152

# 自立支援医療(更生医療)の手引き 目次

- 1 自立支援医療(更生医療)の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・P1
- 2 自立支援医療(更生医療)の対象となる医療の内容・・・・・・・・・・P1
- 3 自立支援医療(更生医療)の支給内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・P2
- 4 他法・医療保険制度等との関係・・・・・・・・・・・・・・・・・・P2~P4
- 5 自立支援医療(更生医療)の申請に必要な書類・・・・・・・・・・P5
- 6 自立支援医療(更生医療)の判定に係る事務・・・・・・・・・・P5~P6
- 7 身体障害者更生相談所における判定業務・・・・・・・・・・P7
- 8 問い合わせ先・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P7
- 9 様式・参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P8

◆ 参考様式：

- (参考様式1) 更生医療要否意見書・・・・・・・・・・・・・・・・・・P9
- (参考様式2) 医療費内訳書・・・・・・・・・・・・・・・・・・P10
- (参考様式3) 判定依頼書・・・・・・・・・・・・・・・・・・P11
- (参考様式4) 自立支援医療(更生医療)方針変更・期間延長申請書・・P12

◆ 参考資料：

- (参考資料1) 更生医療の対象となる疾患名等について・・・・・・・・P13~P14
- (参考資料2) 様式記入の記入例
  - ① 心臓機能障害(記入例)・・・・・・・・・・P15~P16
  - ② 腎臓機能障害(記入例)・・・・・・・・・・P17~P18
  - ③ 肢体不自由(記入例)・・・・・・・・・・P19~P20
  - ④ 肝臓機能障害(記入例)・・・・・・・・・・P21~P22

指定自立支援医療機関一覧表

(病院・薬局・訪問看護事業所)・・・・・・・・鳥取県庁ホームページ(障がい福祉課)参照

【参考】

- ・身体障害者福祉法関係町村事務移譲の手引(改訂版)；平成6年3月鳥取県民生部社会課
- ・平成21年度補装具交付の手引き、平成20年度更生医療の手引き

## 1. 自立支援医療（更生医療）の趣旨

- 自立支援医療（更生医療）は、疾病、事故、災害等による身体的損傷に対して医療がなされ、すでに治癒（欠損、変形、不完全治癒）した身体障害者（身体障害者手帳を所持している者）を対象とする。
- 治療の目的は、身体障害者の日常生活能力、社会生活能力、または職業能力を回復または向上、もしくは獲得させることである。
- 自立支援医療（更生医療）の医療対象は、身体障害者手帳の適用障害（身体障害者手帳の障害名）である身体障がいが補われ、又は障がいの程度が軽減するものであり、適用障害の範囲にない疾病や外傷を対象とした一般医療とは区別される。

## 2. 自立支援医療（更生医療）の対象となる医療の内容

- 自立支援医療（更生医療）の支給対象は、18歳以上で身体障害者手帳を所持する者である。

ただし、身体障害者手帳の適用障害の範囲に含まれるものであっても、医療を施術することによって身体機能の改善、維持等の確実な治療効果が期待できない場合には、自立支援医療（更生医療）の対象にはならない。

- 自立支援医療（更生医療）の対象となる障害は、次のとおりである。

自立支援医療（更生医療）の対象となる障害	備 考
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肢体不自由に対する医療は、整形外科的治療と医学的リハビリテーションのほか、一部神経外科的治療や形成外科的治療も含まれる。</li> <li>・整形外科やその他関連領域の治療のうち、疾病レベルに当てはまるものは、対象とならない（例えば、骨関節の感染症、リウマチそのもの、腫瘍、外傷等）。</li> </ul>
⑤心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害によるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活が著しい制限を受けると認められるものに限る。</li> <li>・内臓の機能の障がいによるものについては、手術により障がい補われ、又は障がい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は除くこと。</li> <li>・腎臓障害に対する人工透析療法、腎移植後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心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（例えば、腎臓障害に対する人工透析療法に伴う医療としてシャント作成術等）。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活が著しい制限を受けると認められるものに限る。</li> </ul>

### 3. 自立支援医療（更生医療）の支給内容

- 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）

以上のように入院治療をはじめ、外来治療、訪問看護によるリハビリテーション等も対象となる。

これらは、市町村長が支給決定時に各対象者ごとに定める指定自立支援医療機関（県知事が指定する病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション）において治療を行う場合、対象となる。なお、県外の指定自立支援医療機関において治療を受けた場合も対象となる。

#### 支給期間

- ・ 自立支援医療（更生医療）の有効期間は原則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あたっては、特に慎重に取り扱うこと。

※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療法等の治療が長期に及ぶ場合については最長1年以内とすること。

- ・ 再判定のもとに期間延長は可能である。

※心臓外科手術及びそれに随伴する処置について、心臓外科手術が何らかの理由で完結しない状態にある間は、期間延長を認めるが、単に内服治療、リハビリ等のみでは期間延長を認められない。

- ・ 自立支援医療（更生医療）の支給については、事前申請が原則であるが、心臓機能障害等緊急性を要する場合には、「支給決定日を申請受理日とすることは差し支えない」とされている。

### 4. 他法・医療保険制度等との関係

- (1) 医療保険等による給付が自立支援医療（更生医療）による支給に優先される。
- (2) 医療保険等の自己負担部分が自立支援医療（更生医療）の自己負担額を超えた場合、その越えた額が自立支援医療費の支給対象となる。

#### 【医療保険と自立支援医療（更生医療）の関係】

医療保険（7割）	医療保険自己負担（3割）	
	自立支援医療（更生医療） 費の給付	自己負担

【長期高額疾病（特定疾病）及び「重度かつ継続」】

長期高額疾病（特定疾病）	「重度かつ継続」
①人工腎臓を実施している慢性腎不全 ②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） ③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	①疾病、症状等から対象となる者 ○更生医療・育成医療 ・腎臓機能、小腸機能、心臓機能（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）又は免疫機能障害の者 ○精神通院医療 ・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若しくは薬物関連障害（依存症等）の者又は集中・継続的な医療を要する者として精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者 ②疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者 ・医療保険の多数該当の者

(3) 生活保護法と併用される場合は、自立支援医療(更生医療)による支給が優先される。

(4) 県特別医療費助成制度と併用される場合は、自立支援医療(更生医療)による支給が優先される。

◆特別医療の月額負担上限額◆

所得区分	世帯	市町村民税 非課税世帯	市町村民税課税世帯		
	本人	市町村民税非課税の方	①市町村民税非課税の方	②老齢福祉年金支給要件の所得未満の方	③老齢福祉年金支給要件の所得額以上の方
負担	通院	全額助成 (本人負担なし)	1,000円/月	2,000円/月	助成対象外 (医療保険制度に基づく自己負担額)
	入院		5,000円/月	10,000円/月	

\* 太枠で囲んだ部分が特別医療費の助成対象となる。

\* 自立支援医療(更生医療)費の適用対象となる方(一定以上の所得のある方を除く。)が、自立支援医療の申請手続きをしない場合、特別医療費による助成の自己負担額(月額負担上限額)が増えることがある。

\* 助成対象の方(①、②)に対する軽減策として、自立支援医療の高額治療継続者(重度かつ継続)に該当するときは、その自立支援医療に係る自己負担分の全額が特別医療費で助成される。

【医療保険制度等との適用順序（まとめ）】

適用 順序	制 度	実施主体	自己負担月額 (適用制度による負担)	対象医療
1	医療保険制度	保険者	3割負担 (所得により限度額有)	保険診療
2	医療保険制度内の 長期高額疾病制度	保険者	1万円負担 (上位所得者2万円負担)	透析等に係る 保険診療
3	自立支援医療 (更生医療)	市町村	原則1割負担 (所得により限度額有)	障害に係る 保険診療
4	特別医療費助成制度 (重度障害者対象)	県・市町村	原則1割負担 (所得により限度額有)	保険診療

《自立支援医療（更生医療）の適用例》

人工透析（高額治療継続者）で総医療費が50万円／月の場合

- ①医療保険の高額療養費（長期高額疾病）該当で自己負担1万円
- ②自立支援医療（更生医療）の所得区分が「低所得2」該当で  
自己負担5,000円
- ③特別医療費助成の該当者であり、市町村民税非課税（全額助成）の方の場合

月額医療費総額（50万円）			
医療保険（7割）	医療保険自己負担（3割）		
	自己負担 1万円		
医療保険給付額 350,000円	高額療養費給付額 140,000円	更生医療	
		給付額 5,000円	自己負担 5,000円 (特別医療 で助成)

【公費負担の割合】

区 分	国	県	市町村
自立支援医療を適用しない場合	0円	5,000円	5,000円
自立支援医療を適用した場合	2,500円	3,750円	3,750円

## 5. 自立支援医療（更生医療）の申請に必要な書類

申請区分	内容	要否意見書 及び医療費 内訳書 (参考様式 1・2)	身体障害者 更生相談所 への判定依 頼 (参考様式 3)	備考
新規申請	新規に医療が必要な場合	○	○	
再認定申請	有期期限が終了し、引き続き同じ医療内容が継続する場合（人工透析療法を除く）	○	○	
	有期期限が終了し、引き続き同じ医療内容で人工透析療法を継続する場合（注5）	△	×	①医療の具体的方針の変更が無ければ、判定依頼の省略が可能である。 例：腹膜透析→腹膜透析 血液透析→血液透析 ②医療費内訳書に「入院」が算定されているものを除く。
	有期期限を2週間以上延長する場合	○	○	参考様式4の写しを添付の上申請すること
変更申請	医療機関を変更する場合（医療内容は同じ）	×	×	①指定医療機関かどうか ②医療の内容が同じかどうか 必ず確認すること
	負担上限額及び負担上限月額に関する事項の変更	×	×	
	医療の具体的方針変更	○	○	参考様式4の写しを添付の上申請すること 例：腹膜透析→血液透析（その逆） 通院→入院（その逆）
	県外から転入のあった場合	○	○	
特別受給者証の申請	一時的に複数医療機関を利用する場合（概ね2週間以内）（例えば、一時的な旅行や内シヤントの手術など）	×	×	①指定医療機関かどうか ②医療の内容が同じかどうか 必ず確認すること
更生医療期間延長申請書の提出	有効期間を2週間以内で延長する場合	×	×	指定医療機関に参考様式4（期間延長申請書）の提出を求め、単なる期間延長であれば承認する。

（注1）「○」は必要、「×」は不要。「△」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6月19日付障発0619第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」のとおり。

（注2）特別受給者証とは、市町村判断において、自立支援医療受給者証とは別に、臨時に発行する受給者証のことをいう。

（注3）なお、判定を受けた後、自立支援医療（更生医療）の該当となる医療が中止又は中断され、短期間のうちに再開された場合（中止又は中断の理由、本人の障害の状態等を勘案し、すでに行われている判定内容に変更がないと認められる場合に限られる）は、身体障害者更生相談所への判定は不要である。

（注4）判定依頼の省略に該当する場合であっても、市町村において疑義が生じた場合は従来どおり判定依頼を行う事ができる。

（注5）平成29年3月7日付第201600177689号障がい福祉課長通知。

## 6. 自立支援医療（更生医療）の判定に係る事務

### (1) 申請の手続

市町村は、更生医療を受けようとする者から申請書類を受理する。

### (2) 判定の依頼

市町村は、申請者が申請の資格を有すると認めた時（身体障害者手帳の交付を受けていることが前提）、身体障害者更生相談所に自立支援医療（更生医療）の要否等について判定依頼を行う。

\* 市町村長が判定依頼する場合に身体障害者更生相談所へ提出する書類（③は必要に応じて提出）

- ① 更生医療要否意見書（原本）・・・（参考様式 1…P9）  
及び医療費内訳書（原本）・・・（参考様式 2…P10）
- ② 判定依頼書・・・（参考様式 3…P11）
- ③ 自立支援医療（更生医療）方針変更・期間延長申請書（写）（参考様式 4…P12）

\* 市町村が判定依頼を行う際の注意事項

- ・身障手帳交付日と入院及び手術日、障がい名と等級の記載漏れがないか確認すること。
- ・更生医療開始日と身体障害者手帳交付日が適当であるか確認すること。

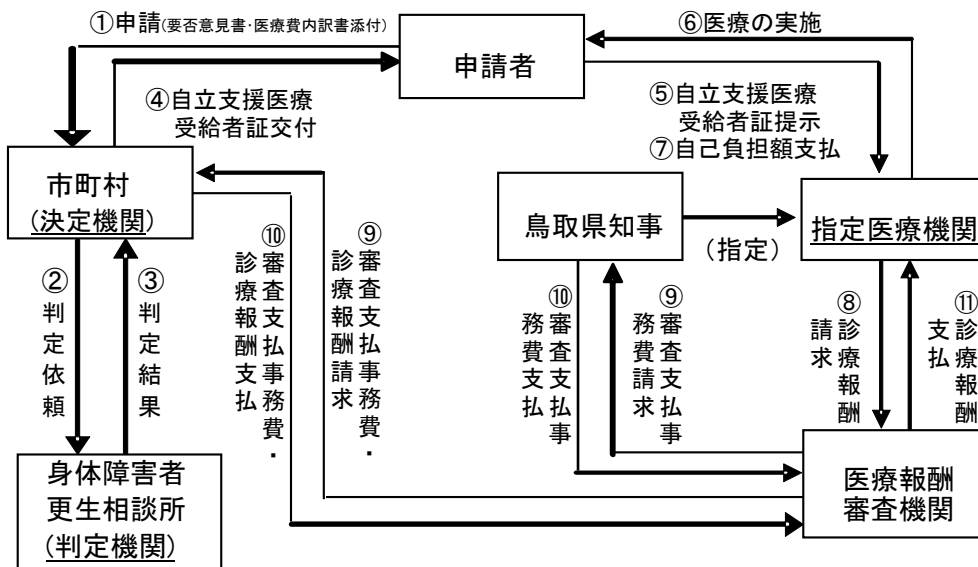
### (3) 判定結果の通知

判定依頼を受けた身体障害者更生相談所は、医療費概算額を算定して判定書を作成し、市町村に送付する。

市町村は、判定の結果を踏まえ、自立支援医療（更生医療）が必要と認められた申請者について支給認定を行う。

- ・申請者へ自立支援医療給付決定通知書及び自立支援医療受給者証を送付する。
- ・医療機関へ自立支援医療給付決定通知書を送付する。
- ・却下の場合は、却下決定の通知書を申請者に送付する。

### 【申請・判定・決定通知等事務の流れ】





## 7. 身体障害者更生相談所における判定業務

申請者に係る医学的判定を行う。指定医療機関の意見書等の内容を十分検討し、疑問点や記載漏れがあれば、指定医療機関の医師等への聴取りや必要な判定資料をもとに判定書等を作成する。

### [医学的判定の内容]

- 医療を実施する部位、具体的治療方針、治療期間、入院や通院の回数等、医療の具体的見通し及び治療により軽減される障がいの程度等について判定
- 医療の具体的方針の変更、治療期間の延長について判定
- 給付に要する費用の概算額について算定

### 【市町村からの判定依頼時の必要書類等の一覧】

機能障害区分	必要書類			判定方法	
	判定依頼書	要否意見書	医療費内訳書	書面・聴取	その他
心臓機能	○	○	○	○	心電図
腎臓機能 ○人工透析 ○腎移植等	新規	○	○	○	訪問看護等 計画書
	継続	○	○	○	
肢体不自由	○	○	○	○	レントゲン
視覚機能	○	○	○	○	
聴覚機能	○	○	○	○	
そしゃく機能	○	○	○	○	
小腸機能	○	○	○	○	
免疫機能	○	○	○	○	

※判定方法：「その他」欄は、身体障害者更生相談所が必要に応じて求める判定資料

## 8. 問い合わせ先

### ○自立支援医療（更生医療）の制度に関しては…

- ・ 障がい福祉課（認定担当） TEL0857-26-7152
- ・ 東部身体障害者更生相談所（医学判定関係） TEL0857-22-5647
- ・ 中部身体障害者更生相談所（医学判定関係） TEL0858-23-3125
- ・ 西部身体障害者更生相談所（医学判定関係） TEL0859-31-9309

### ○自立支援医療（更生医療）の手続きに関しては…

- ・ 各市町村福祉担当課

### ○自立支援医療（更生医療）の請求方法に関しては…

- ・ 社会保険診療報酬支払基金鳥取支部 TEL0857-22-5165
- ・ 鳥取県国民保険団体連合会 TEL0857-20-3680

## 9. 様式・参考資料

- (参考様式 1) 更生医療要否意見書 . . . . . P9
- (参考様式 2) 医療費内訳書 . . . . . P10
- (参考様式 3) 判定依頼書 . . . . . P11
- (参考様式 4) 更生医療方針変更・期間延長申請書 . . P12
- (参考資料 1) 更生医療の対象となる  
疾患名等について . . . . . P13~P14
- (参考資料 2) ○様式記入の記入例
  - ① 心臓機能障害（記入例） . . . P15~P16
  - ② 腎臓機能障害（記入例） . . . P17~P18
  - ③ 肢体不自由（記入例） . . . P19~P20
  - ④ 肝臓機能障害（記入例） . . . P21~P22

(参考様式1)

## 更生医療要否意見書

氏名	男 女	生年 月日	年 月 日
住所	市 郡	町 村	
原傷病名			
機能障害			
現在の症状			
具体的治療方針			
医療機関 医療費概算	} 医療費内訳書のとおり		
治療効果見込			
障害程度等級			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>担当医師名 _____ ⑩</p> <p>鳥取県〇部身体障害者更生相談所長 様</p>			

注) 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こと。

(参考様式3)

## 判定依頼書

(番 号)  
年 月 日

鳥取県〇部身体障害者更生相談所長 様

市 町 村 長 ⑩

下記の者の更生医療給付の要否判定を依頼します。

### 記

身体障害者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
身体障害者手帳	番 号		交付年月日	年 月 日
	障 害 名		級 別	
受療医療機関名				
参考となる事項 (生育暦・職業・家族関係・更生医療及び育成医療の受給状況等)				

(参考様式4)

年 月 日

指定自立支援医療機関

印

市 町 村 長 様

方針変更  
自立支援医療（更生医療） 申請書  
期間延長

医療の具体的方針を変更  
自立支援医療（更生医療）を実施したところ する必要が  
期 間 を 延 長  
生じたので下記のとおり申請します。

記

自立支援医療費 受給者番号		受給者証 交付期日	
診察開始年月日		受 給 者 氏 名	
変更事項及び事由			
変更後の概算額			

私は、上記変更に同意します。

受給者氏名

印





(参考資料2)

【心臓機能障害（記入例）】

更生医療要否意見書

氏名	鳥取 春代 男 女	生年 月日	昭和 ○年○月○日
住所	鳥取 市 郡 町 村	江津730	
原傷病名	完全房室ブロック		
機能障害	心臓機能障害		
現在の症状	めまい 呼吸苦		
具体的治療方針	ペースメーカー移植術		
医療機関 医療費概算	} 医療費内訳書のとおり		
治療効果見込	症状が改善され、日常生活が可能となる見込み		
障害程度等級	○級		
上記のとおり診断します。 平成 ○○年○月○日  医療機関名 ○○○○病院  担当医師名 東部 一郎 印  鳥取県○部身体障害者更生相談所長 様			

注) 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こと。



参考資料 2)

【腎臓機能障害（記入例）】

更生医療要否意見書

氏名	倉吉 夏美 男 女	生年 月日	昭和 ○年○月○日
住所	倉吉 市 郡	町 東巖城町 2 村	
原傷病名	慢性腎不全		
機能障害	腎臓機能障害		
現在の症状	尿素窒素○mg/dl・クレアチニン○mg/dl と著明な腎機能の低下及び、ヘモグロビン○g/dl と高度な貧血を認め、慢性腎不全の末期像と考えられる。		
具体的治療方針	週 3 回の血液透析導入		
医療機関 医療費概算	} 医療費内訳書のとおり		
治療効果見込	透析療法の継続が必要		
障害程度等級	○級		

上記のとおり診断します。

○○年○月○日

**更生医療の開始より前の日付もしくは同日**

- ※ 更生医療は事前申請が原則です。
- ※ 腎臓機能障害の手帳を所持していない(障害名がない)場合は、手帳交付(障害追加)日以降が開始日となります。
- ※ 緊急性が高い場合などで手帳と更生医療を同日申請される場合は診断書の日付にご注意ください。

医療機関名 ○○○○病院

担当医師名 中部 二郎 印

鳥取県○部身体障害者更生相談所長 様

注) 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こと。

(参考資料2)

【肢体不自由(記入例)】

更生医療要否意見書

氏名	米子 秋菜 男 女	生年 月日	昭和 ○年○月○日
住所	米子 市 郡	町 東福原1丁目1-45 村	
原傷病名	左変形性股関節症		
機能障害	左下肢(左股関節)機能障害		
現在の症状	左股関節痛が強く、歩行が著しく障害されている。		
具体的治療方針	左股関節置換術を行う予定		
医療機関 医療費概算	} 医療費内訳書のとおり		
治療効果見込	除痛及び歩行能力の改善が見込まれる。		
障害程度等級	○級		
上記のとおり診断します。 ○○年○月○日  医療機関名 ○○○○病院  担当医師名 西部 三郎 印  鳥取県○部身体障害者更生相談所長 様			

注) 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こと。

(参考資料 2)

【 肝臓機能障害 (記入例) 】

更生医療要否意見書

氏名	男 境港 冬子 女	生年 月日	昭和 ○年○月○日
住所	市 境港 郡	町 上道町3000 村	
原傷病名	脳死肝移植術後		
機能障害	肝臓機能障害		
現在の症状	肝機能は安定し、自覚症状も良好である。		
具体的治療方針	抗免疫療法の継続を要する。		
医療機関 医療費概算	} 医療費内訳書のとおり		
治療効果見込	肝機能の安定が見込まれる。		
障害程度等級	○級		
上記のとおり診断します。 ○○年○月○日  医療機関名 ○○○○病院  担当医師名 日野 四郎 印  鳥取県○部身体障害者更生相談所長 様			

注) 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こと。