

高知県自立支援医療費（更生医療）支給判定事務取扱要領

1 目的

自立支援医療費（更生医療）支給認定にかかる判定（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の更生相談所による更生医療の要否等の判定は、高知県立療育福祉センター（以下「センター」という。）が行う。

3 更生医療の対象等

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で定めるものとする。

ア 視覚障害によるもの

イ 聴覚、平衡機能の障害によるもの

ウ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害によるもの

エ 肢体不自由によるもの

オ 心臓、じん臓、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。）

カ 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ものとする。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。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され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のは除く。

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とする。

（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次のとおりとする。なお、給付対象例と期間を別紙1、心臓機能障害にかかる支給範囲例を別紙2、じん臓機能障害にかかる支給範囲例を別紙3に示す。

ア 診察

イ 薬剤又は治療材料の支給

ウ 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術

エ 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

オ 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

カ 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。）

4 要否判定・判断の区分

（1）センターの要否判定を必要とする場合

ア 初回の支給認定として扱う申請

（ア）初回申請（新たな申請）の場合

- (イ) ある障害に対する更生医療の給付中に、別の障害に対する更生医療が新たに必要となった場合
- (ウ) 支給認定の有効期間の延長を伴う医療の具体的方針の変更が必要な場合
- イ 再度の支給認定（以下「再認定」という。）として扱う場合
 - 同じ医療機関において現在給付中の医療と同じ具体的方針で、支給認定の有効期間のみを2週間を超えて延長する場合。
 - なお、指定自立支援医療機関が、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。
- ウ 医療の具体的方針の変更として扱う場合
 - (ア) 医療の具体的方針は同じで、支給認定の有効期間中に医療機関を変更し、前回認定した時間を超える場合
 - (イ) 支給認定の有効期間中に医療の具体的方針を変更する場合（期間は前回認定した期間内）
 - (ウ) 医療の具体的方針は同じで、入院から通院、又は通院から入院に変更する場合（同時に医療機関を変更する場合や期間の延長を伴う場合も含む）

(2) センターの要否判定の省略が可能な医療

- ア 腎臓機能障害に対する人工透析療法
- イ 心臓・腎臓・肝臓の機能障害による移植手術後の抗免疫療法
- 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HIV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療法

(3) センターの要否判定を必要としない場合

上記(1)(2)以外の場合

5 判定手続き

(1) 判定依頼

市町村は、センターの判定を必要とする更生医療の申請があったときは、次の書類をセンターへ提出すること。

- ア 判定依頼書
- イ 意見書（様式1）の写し
 - 上記4の(1)ウの場合は、変更の必要性を詳細に記すこと。
- ウ じん臓機能障害にかかる社会的入院についての調査書（様式2）

(2) 要否判定

- ア 判定は、医師の意見書による書類判定を原則とする。
- イ センターは、判定結果を「更生医療判定書」により市町村長等に通知する。

6 判定依頼の取下げ

市町村長等は、申請者が申請を取り下げるなどの理由により判定を依頼する必要がなくなった場合、判定依頼取下書（様式3）をセンターに提出すること。

7 次の要件のすべてを満たす場合に限り、身体障害者手帳の交付申請と同時に申請を行うことを特例として認める。

- (1) 心臓機能障害、じん臓機能障害、肝臓機能障害または免疫機能障害
- (2) 緊急に手術を必要とする障害の状態であること
- (3) 具体的な治療方針が示されていること

附則

この要領は、令和8年2月9日から施行する。

更生医療の給付対象例と期間

障害	原因疾病例	給付内容例	期間	判定
視覚障害	白内障	水晶体摘出術 ＋眼内レンズ挿入術	入・通院合わせて3ヶ月	2 週 間 / 1 回 の み は 判 定 不 要
	網膜剥離	網膜剥離手術(光凝固術)		
	眼球摘出後の組織充填術や義眼包埋術			
聴覚、平衡機能障害	感音性難聴	人工内耳埋め込み術	入・通院合わせて3ヶ月	2 週 間 / 1 回 の み は 判 定 不 要
	外耳性難聴(外字道閉鎖等)	外耳道形成術		
	慢性中耳炎	鼓室形成術		
音声機能、言語機能 又はそしゃく機能の 障害	(1)構音障害 口唇口蓋裂等による音声機能障害、言語障害 外傷性または手術後に生じた構音障害	口唇形成術、口蓋形成術 形成術 その他、人工喉頭や食道発声訓練等	1年	1年
	(2)そしゃく機能障害 唇顎口蓋裂の後遺症によるそしゃく機能障害	歯科矯正治療		
肢体不自由	変形性関節症	(まひに対して) 理学療法、作業療法 言語療法、装具療法 (関節拘縮・強直・変形)	入・通院合わせて3ヶ月	2 週 間 / 1 回 の み は 判 定 不 要
	慢性関節リウマチ	関節固定手術 関節形成手術、骨切り術 人工関節置換術		
	骨壊死性疾患	(不良切断端) 義肢装着のための断端形成術 断端延長術		
	代謝性疾患に基づく骨関節の変化			
	外傷性の骨関節の変化			
	骨関節の感染症後の変化			
小腸機能障害	小腸機能全廃	中心静脈栄養法	入・通院合わせて3ヶ月	2 週 間 / 1 回 の み は 判 定 不 要
心臓機能障害		心臓移植術		
	心臓弁膜症	弁形成術、弁置換術		
	先天性心疾患	試験開心術、弁周囲欠損孔閉鎖術		
	洞不全症候群、房室ブロック	ペースメーカー移植術		
	心筋梗塞及び狭心症	冠動脈大動脈バイパス移植術		
肝臓機能障害		肝移植術(ドナー提供者はじん移植に準ずる)	最長1年	1 年 毎
じん臓機能障害	慢性腎不全	じん移植術・人工透析等に伴う処置		
		人工透析通院(血液透析・腹膜透析)		
心臓・じん臓・肝臓機 能障害		心臓・じん臓・肝臓移植後の抗免疫療法とそ れに伴う医療	最長1年	1 年 毎
免疫機能障害	HIV感染者	抗HIV療法、免疫調節療法		

心臓機能障害にかかる支給範囲例

対象は「手術及びそれに伴う治療」（心移植後の抗免疫療法も対象）

下記フローの で囲んだ部分が対象

（入院） → （何らかの治療） → （カテーテル検査、造影等の検査） → （手術必要と判断）

→ （手術準備（処置）） → （手術） → （手術後の処置） → （経過観察や心臓リハビリテーション等）

対象疾患例	手術例
心臓弁膜症	弁形成術、弁置換術、弁移植術
先天性心疾患	試験開心術、弁周囲欠損孔閉鎖術
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移植術
洞不全症候群 完全房室ブロック	ペースメーカー移植術
心室細動、心室頻拍	植込型除細動器移植術
大動脈疾患	人工血管置換術、経皮的肺動脈穿通・拡大術
拡張型心筋症、虚血性心筋疾患 拡張相の肥大型心筋症	心臓移植術

※手術準備期間として認められるのは、原則手術予定日の7日前からであり、その手術に対して必要な準備（処置）に必要な期間とする。手術が必要と判断しても手術に必要な処置が行われていない期間は対象とはならない。

じん臓機能障害にかかる支給範囲例

昭和54年5月10日厚生省社会局長通知「じん臓機能障害者に対する更生医療の交付について」より、人工透析療法、じん臓移植術及びこれに伴う医療に限る。**手術準備期間は原則対象としない。**

具体的には、人工透析（血液透析、CAPD）、シャント設置術、CAPD用留置カテーテル設置術、シャント部分の炎症・血栓に対する治療、じん臓移植術、じん臓移植後の抗免疫療法、じん臓移植後の不適応によるじん臓摘出術がある。

対象範囲例	対象とならない例
透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、人工じん臓用特定保険医療材料（ダイアライザー等）	じん臓機能障害となった 原疾患 （糖尿病、慢性腎不全、尿毒症、SLE等）および 合併症 （貧血、骨粗しょう症、皮膚掻痒症、腰痛、二次性甲状腺機能亢進症、高血圧等）に対する治療
透析開始前に使用する局所麻酔薬、消毒薬	
透析処置中に起こった不慮の出来事（血圧低下、不整脈、呼吸困難等）についておこなった医療、使用した薬品	
① 「障害者等加算」 ② 「慢性維持透析患者外来医学管理料」（但し管理料に含まれる検査は別に算定できない） ③ 「特定薬剤治療管理料」（但しじん臓移植後の抗免疫療法者に限る） ④ 「処方料・処方箋料」（原則、じん臓移植後の抗免疫療法者に限る） ⑤ 人工透析に直接関係する「診療情報提供料」	① 透析中に行った足の潰瘍の創処理 ② 通院で透析を受けている方が病院食の提供を受けた場合の費用 ③ じん臓機能障害となった原疾患及び合併症のための検査、処置、薬治及びそれに伴う処方箋料 ④ 外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料 ⑤ 特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算（慢性腎不全はこの特定疾患に該当しない）
* じん臓移植術のドナー提供者	じん臓移植術前の適合検査 （ただし、適合して手術に進めば、じん臓移植の手術準備扱いとなり対象となる）

○シャント閉塞にかかる手術等の入院期間について

一般的な手術治療及び入院期間は2～3日であり、その期間の入院は対象とする。なお、5日を超えた入院期間で、具体的な治療の記載がある場合、記載のある期間を対象とする。その期間以上は更生医療の対象とはしない。

また、更生医療に適さない治療（例：術部の消毒、経過観察等）であった場合は、手術終了日をもって更生医療の期間とする。

○透析開始前の内シャント作製にかかる手術の認定について

透析開始前の内シャント作製にかかる手術については、「慢性腎臓病（CKD）のステージ5であり、かつ人工透析を開始する予定のあること」を条件として対象とする。そのため、意見書（様式1）にCKDステージ及び透析開始（予定）日を記載すること。

自立支援医療（更生医療）意見書

申請者氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）		
居住地			医療保険の種類		
給付希望する医療内容					
当該医療の対象疾病					
治療効果（見込み）	（どういった点においてどのように改善・維持が見込まれるか詳記すること）				
治療経過	入院日 年 月 日 入院目的（手術 ・ 検査 ・ その他の治療 []） 経過の詳細（いつ、どのような経過があったのかを明記すること） ※手術を行う場合下記も記載 手術準備開始日 年 月 日 手術予定日 年 月 日				
給付希望期間	（入院） 年 月 日 ～ 年 月 日 計 日間 （通院） 年 月 日 ～ 年 月 日 計 日間 総計 日間				
医療費概算内訳等	区分	概算額（点数）	区分	概算額（点数）	※じん臓機能障害に関して、原疾患・合併症に対する治療は、原則給付対象外です。
	入院料	点	処置料	点	
	手術料	点	看護料	点	
	薬治料	点	移送費	点	
	注射料	点	画像診断料	点	
	ギプス料	点	指導管理料	点	
	検査料	点	その他	点	
	合計			点	
上記のとおり、自立支援医療（更生医療）の給付が必要であると認めます。 年 月 日 指定医療機関所在地 指定医療機関名 診療科名 自立支援医療（更生医療）主担当医師名（自署） 主治医名（自署）					

じん臓機能障害にかかる社会的入院についての調査書

氏名	年 月 日生(歳)	
住所	(住民票) (現住所)	
<p>1 本人の状況</p> <p><input type="checkbox"/> 自分で通院できない 理由：</p> <p><input type="checkbox"/> 自分で通院できる</p> <p>2 家族・地域支援者の状況</p> <p><input type="checkbox"/> 本人の通院をサポートできない 理由：</p> <p><input type="checkbox"/> 本人の通院をサポートできる</p> <p>3 市町村意見</p> <p><input type="checkbox"/> 社会的入院は妥当と思われる 理由：</p> <p><input type="checkbox"/> 社会的入院は妥当と思われない 理由</p> <p>4 その他特記事項</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 市町村担当者 職・氏名</p>		

取下書

第 号
年 月 日

高知県立療育福祉センター あて

判定依頼の取下げについて

年 月 日付第 号の判定依頼については、下記の理由から依頼を取り下げます。

記

氏 名：
住 所：
生年月日：
内 容：
障 害 名：
理 由：