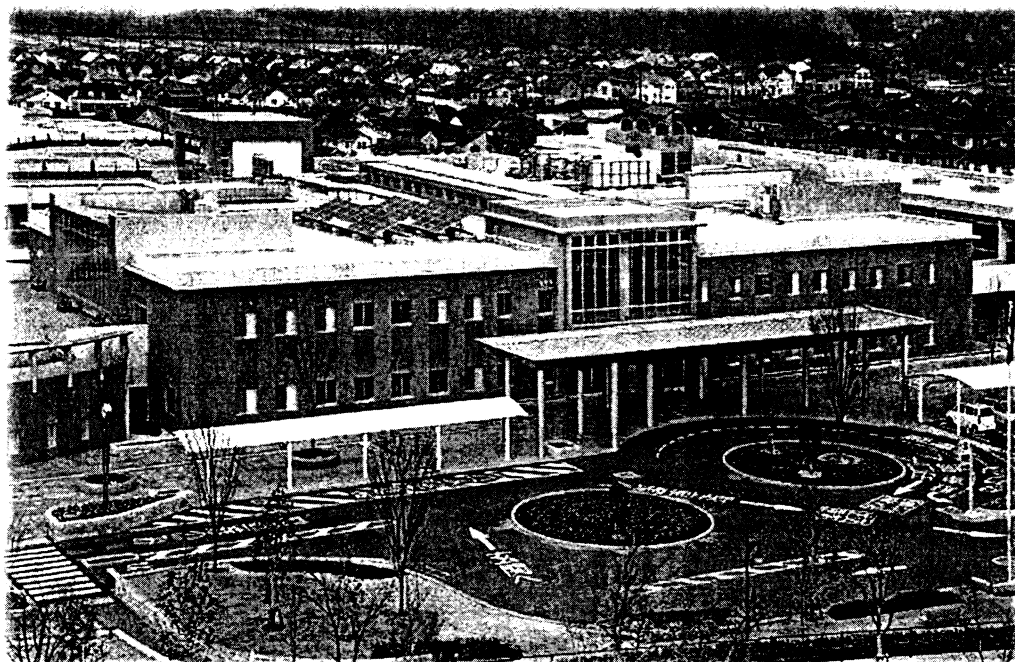


腎臓機能障害に係る
自立支援医療(更生医療)の基礎知識
と要否意見書の書き方



広島市総合リハビリテーションセンター

広島市身体障害者更生相談所
(腎臓機能障害に係る更生医療判定会議)

令和6年7月改正

意見書を作成される指定医師の方々など

社会保障制度の発展・充実に伴って、医師の方々には、医療文書の作成・入力を行われる機会がますます増加していることと存じます。

その中で、自立支援医療（更生医療）の受給申請に際しては、申請者の現症を正確に記載した意見書が不可欠です。その意見書を作成される実地医家の方々には、日常診療で多忙の中、並々ならぬ御苦労があるものと推察致します。

意見書を作成することは、医療と福祉をつなぐ大切な医療業務となり、指定医師の方々と障害のある人びととの信頼関係を築くこととなります。

その意見書が的確に書かれることにより、認定事務を適正・効率的に行うことができます。

意見書作成にあたり、その意義を正しくご理解いただくために、意見書作成マニュアルを編集しましたので、指定医師の方々、医療事務担当の方々、福祉の実務に携わっておられる方々などに活用され、お役に立てれば幸いです。

平成 11 年 3 月 31 日

平成 18 年 4 月 1 日 （一部修正）

平成 22 年 9 月 30 日 （一部修正）

平成 26 年 4 月 1 日 （一部修正）

平成 27 年 4 月 1 日 （一部修正）

令和 6 年 7 月 1 日 （一部修正）

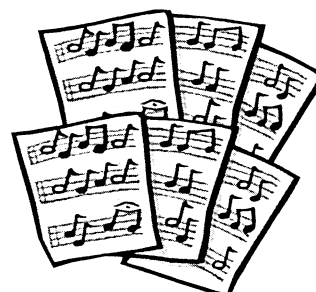


広島市身体障害者更生相談所

（腎臓機能障害に係る更生医療判定会議）

目 次

1	自立支援医療（更生医療）の概要・・・・・・・・・・	1
2	腎臓機能障害に係る自立支援医療（更生医療）の適用対象・・	1
3	意見書作成上の留意事項・・・・・・・・・・	2
4	更生医療（公費法別番号15）として診療報酬請求できる・・	4
	医療の範囲 （腎臓機能障害に係る更生医療の適用対象について）	
5	意見書様式・・・・・・・・・・	5
6	意見書の記載例	
	（1）新規申請・・・・・・・・・・	9
	（2）再認定申請・・・・・・・・・・	11
7	参考資料	
	（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・・	12
	平成18年2月28日 厚生労働省告示第65号 （最終改正 厚生労働省告示第23号 平成27年3月31日）	
	（2）自立支援医療費（更生医療）支給認定実施要綱・・・・・・・・	14
	厚生労働省通知 平成18年3月3日 障発第0303002号 （最終改正 障発0330第10号 令和2年3月30日）	
	（3）じん臓機能障害者に対する更生医療の給付について・・	19
	厚生省通知 昭和54年5月10日 社更第56号 （最終改正 障発第0426第6号 平成25年4月26日）	



1 自立支援医療（更生医療）の概要

「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」では、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するために必要な措置の一つとして、自立支援医療（更生医療）制度を設けています。これは、一定の要件に適合する身体障害者の更生に必要な医療費の自己負担額について、1割を上限とした上で、世帯所得に応じた限度を定めることにより、その軽減を図ろうとするものです。

ただし、入院に係る食事療養費及び生活療養費については、通院に係る負担との公平性を確保する観点から、標準負担額を自己負担するものとされています。

なお、この制度の対象は、臨床症状が消退し、永続するようになった障害そのものであり、医療を行うことによって改善されるか、機能の維持が保たれるなどの効果が期待できるものに限られます。

このため、疾病を対象とする一般医療とは一線を画される、とされています。

2 腎臓機能障害に係る自立支援医療（更生医療）の適用対象

（1）対象者

身体障害者手帳を交付されている腎臓機能障害者のうち、保存的療法では尿毒症症状の改善ができず、人工透析療法又は腎移植術によって腎臓機能障害に基づく症状が軽減又は除去され、その日常生活能力の回復などが見込まれる方です。

概ね身体障害者障害程度等級表の1級の人と3級の一部の人が対象となります。

（2）対象医療

①人工透析療法、②腎移植術、③腎移植術後の抗免疫療法 及び④これらに伴う医療 に限定されます（4ページ参照）。

《申請上の留意点》

- 慢性腎不全に対する自立支援医療（更生医療）は、腎不全という障害に対する医療に限定され、腎不全を招来した原疾患に係る医療は、適用対象外です。
- 腎不全の帰結による高血圧、骨粗鬆症（骨折後遺症を含む）、末梢神経障害、脳卒中（リハビリテーションを含む。）などの合併症や副作用に係る医療も、原則として、適用対象外です。

なお、令和6年7月以降は、次の合併症に係る医療（同月1日以後に行われたものに限り。）が適用対象となります（上記④に含まれます。）。

ア 二次性副甲状腺機能亢進症に係る医療のうち、活性型ビタミンD₃製剤及びカルシウム受容体作動薬（いずれも維持透析下の同症を適応症とするもの）に限り、他の医薬品と一包化等により処方等される場合を除きます。）の内服・静注に係る部分

イ BKウイルス腎症に係る医療

→ ・ レセプト請求の際には、特定疾病療養受療証（マル長）の確認や、更生医療の適用対象 ※（人工透析療法・腎移植術・腎移植術後の抗免疫療法・これらに伴う医療）と適用対象外（それ以外の医療）との区分を行うなど、社会保険診療報酬支払基金などのルールに則って算定してください。

なお、適用対象外の医療については、他の公費負担制度などの適用がない場合、医療費の窓口負担額が生ずることになります。

※ 適用対象医療に係る一覧表（４ページ）を参照ください。

3 意見書作成上の留意事項

（１）障害名

腎移植術の場合⇒「人工透析療法を要する」を——で抹消してください。

（２）原因疾患名

この欄には、慢性腎不全を招来した原疾患名を記入してください。

（例） 糖尿病性腎症、腎硬化症、ネフローゼ症候群、のう胞腎、
全身性エリテマトーデス、妊娠中毒症、アミロイドーシス など

（３）検査成績

【新規申請】⇒ 導入前後のデータが必要です。導入直前、導入１か月後頃及び最新のデータを記入してください。

※新規申請の際には、急性腎不全（透析離脱の可能性）でないことを確認しています。

【再認定申請】⇒ 再認定用の意見書に最新のデータを記入してください。

【変更申請】⇒ ６か月前、最新のデータを記入してください。

※ シェント再建術等短期での転院の際は、検査実施項目のデータの記入のみで構いません。未検査項目は「未検査」としてください。

（４）臨床症状・日常生活障害度

【新規申請】⇒ 導入時の状況を記入してください。

【再認定・入院】【変更申請】⇒ 最近の状況を記入してください。

（５）治療経過概要

【新規申請】⇒ 腎不全となり、導入に至った経過を簡明に記載してください。

（下記の例や記載例（１０ページ）を参照ください）

（例１） 令和〇年〇月、健診にて尿蛋白陽性を指摘された。精査の結果、慢性糸球体腎炎と診断され治療を受けていた。令和〇年〇月、腎機能低下・高血圧等が認められ、２年後には腎機能悪化し、クレアチニン 10 mg/dl、悪心・嘔吐・浮腫等出現のため、令和〇年〇月〇日に血液透析導入

（例２） 約 20 年前に糖尿病を指摘された。令和〇年〇月より近医にて糖尿病の治療を受けていたが、次第に腎臓機能が悪化し、令和〇年〇月に当院に紹介された。食事療法、薬物療法等を行うもクレアチニン 9 mg/dl、BUN74、血圧 190/110 となり、更に尿毒症症状出現のため令和〇年〇月〇日左前腕内シェント作成し、令和〇年〇月〇日より人工透析を開始した。

【再認定申請】⇒ 再認定用の意見書を使用し、1年間の経過に大きな変動がない場合は、□変動なしに✓をしてください。□変動ありの場合は、具体的な内容を記載してください。

《通院》 の場合は、外来・入院別の□外来に✓をしてください。骨折や脳血管障害発症後のリハビリなどの目的外入院の場合は、□外来に✓をしてください。

《入院》 の場合は、外来・入院別の□入院に✓をし、入院見込期間、臨床症状、日常生活障害度、入院理由を記入してください。

【変更申請】⇒ 《入院》や《治療内容変更》の場合、入院（変更）に至った経緯とその後の容態を簡明に記載してください。

※ シェント再建術、シェント感染に係る医療、CAPDによる腹膜炎に係る医療、副甲状腺摘出術、透析アミロイドーシスによる手術、腎移植術後の不適合による摘出術、BKウイルス腎症に係る医療など、その主たる病名、入院（変更）の必要性についても記載してください。

（6）指定担当医師の氏名

指定自立支援医療機関において、「腎臓に関する医療」又は「腎移植に関する医療」の診療科目を「主として担当する医師」（指定医師）の氏名を記載してください（申請者の診療を担当する医師の意味ではありません。）。

- ・ 「腎臓に関する医療」⇒ 人工透析療法
- ・ 「腎移植に関する医療」⇒ 腎移植術及び腎移植術後の抗免疫療法

（7）医療費概算額

《医療事務担当の方へ》

【新規申請】⇒見込み額又は前月の額（前月と同様の治療の場合）を記入してください。

◆ 1か月の医療費が50万円を超える場合、明細書、理由書又はレセプトのコピーを添付してください。

【再認定申請】⇒前月の額を記入してください。

◆ 通院の場合は、1か月50万円を超えても、レセプト等は不要です。

◆ 入院の場合は、レセプト等が必要です。

【変更申請】⇒見込み額を記入してください。

◆ 入院の場合及び1か月の医療費が50万円を超える場合は、レセプト等が必要です。

※【腎移植術】の場合には、別葉の自立支援医療（更生医療）費概算額算出表（腎移植術用）に記入してください。

（8）その他

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程により、自立支援医療につき必要な証明書・意見書等は、無償で交付することとされています。

更生医療（公費法別番号15）として診療報酬請求できる医療の範囲
（腎臓機能障害に係る更生医療の適用対象について）

○ 更生医療として請求可能（下表の左欄と右欄に掲げる医療）

腎臓機能障害に係る医療	左 欄 の 医 療 に 伴 う 医 療
①人工透析療法 （血液透析・腹膜透析）	シャント再建術、経皮的血管拡張術、シャント感染に係る医療、CAPDによる腹膜炎等に係る医療、副甲状腺摘出術、透析アミロイドーシス（手根管症候群、骨・関節症）による手術、二次性副甲状腺機能亢進症に係る医療（活性型ビタミン D ₃ 製剤及びカルシウム受容体作動薬（いずれも維持透析下の同症を適応症とするものに限り、他の医薬品と一包化等により処方等される場合を除く。）の内服・注射に係る部分に限る。）
②腎移植術	不適合による摘出術・透析再導入、BK ウイルス腎症に係る医療
③腎移植術後の抗免疫療法	

× 更生医療として請求できず（原則として、医療費の窓口負担額が発生）

- ① 腎不全を招来した原疾患
糖尿病性腎症、嚢胞腎、SLE（全身性エリテマトーデス） など
- ② 腎不全を原因とする対象外の疾病（症状）
高血圧、骨粗しょう症、末梢神経障害、脳卒中（リハビリテーション）、腰痛
- ③ その他の対象外疾病の例示

対象外疾病分類	対象外疾病の例示
①感染症及び寄生虫症	腸管感染症、ウイルス肝炎、真菌症
②新生物	胃の悪性新生物、悪性リンパ腫、白血病
③血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	貧血、低ガンマグロブリン血症
④内分泌、栄養及び代謝疾患 ※一部対象疾病あり	甲状腺炎、高脂血症、高リン血症
⑤精神及び行動の障害	統合失調症、気分障害
⑥神経系の疾患	自律神経系の障害、睡眠障害
⑦眼及び付属器の疾患	結膜炎、白内障
⑧耳及び乳様突起の疾患	中耳炎
⑨循環器系の疾患	高血圧性心疾患、狭心症、心筋梗塞、心不全
⑩呼吸器系の疾患	急性咽頭炎、アレルギー性鼻炎、喘息、肺水腫
⑪消化器系の疾患	胃潰瘍、肝硬変、口内炎、逆流性食道炎
⑫皮膚及び皮下組織の疾患	乾癬、じんま疹、挫創、胼胝、鶏眼
⑬筋骨格系及び結合組織の疾患	腰痛症、変形性関節症
⑭腎尿路生殖生殖器系の疾患 ※一部対象疾病あり	ネフローゼ症候群、慢性腎不全
⑮妊娠、分娩及び産じょく	妊娠高血圧症
⑯周産期に発生した病態	出産外傷
⑰先天奇形、変形及び染色体異常	二分脊椎
⑱症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	めまい
⑲損傷、中毒及びその他の外因の影響	骨折

腎臓機能障害用自立支援医療（更生医療）要否意見書

I 新規申請
II 再認定申請
III 変更申請

氏 名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所	広島市 区		
障 害 名	人工透析療法を要する腎臓機能障害	身体障害者手帳	級
原因疾患名			

医療の具体的方針

I 新規申請

- (1) 現在保存療法中であるが、今から透析療法を導入予定
(2) 既に透析療法中であるが、今回自立支援医療（更生医療）を新規申請
(3) 腎移植術（術後の抗免疫療法を含む）を実施予定

II 再認定申請

III 医療内容変更（自立支援医療（更生医療）認可後）

1. 腎移植術 2. 透析療法 3. 通院→入院 4. その他 ()
[変更年月日（手術日・開始日・入院日） 令和 年 月 日]

治療方針

導入日 平成・令和 年 月 日

血液透析 時間× 回／週（時間内・時間外）の透析（中・予定）

自己連続携行式腹膜還流CAPD施行（中・予定）

抗免疫療法（中・予定・中止）[開始日 平成・令和 年 月 日]

医療費概算額（1か月分） ※腎移植術の場合は別紙に記入

区 分	費 用	区 分	費 用
手 術		特 別 食	
投 薬 ・ 注 射		基 本 診 療	
処 置		そ の 他	
検 査		入院・外来別	入・外（時間内・外・休）
医学管理料			

合 計 円

検査成績

1年前（導入直前） 6か月前（1か月後） 最新

検査項目	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
内因性クレアチンクリアランス値	ml/min			
血清クレアチニン濃度	mg/dl			
eGFR(推算糸球体濾過量)	ml/min/1.73 m ²			
血清尿素窒素濃度	mg/dl			
血清Na	mEq/l			
K	mEq/l			
Ca	mg/dl			
P	mg/dl			
一般赤血球	10 ⁶ /mm ³			
Hb	g/dl			
Ht	%			
血液ガス HCO ₃	mEq/l			
平均一日尿量	ml			
血圧	mmHg	/	/	/

臨床症状 ※新規申請は導入時の状況を、再認定及び変更申請は最近の状況をご記入ください。

- 1 体液貯留 (全身浮腫・高度の低蛋白血漿・肺水腫)
- 2 体液異常 (管理不能の電解質・酸塩基平衡異常)
- 3 消化器症状 (悪心・嘔吐・食思不振・下痢)
- 4 循環器症状 (重篤な高血圧・心不全・心包炎)
- 5 神経症状 (中枢・末梢神経障害・精神障害)
- 6 血液異常 (高度の貧血症状・出血傾向)
- 7 視力障害 (尿毒症性網膜症・糖尿病性網膜症)
- 8 上記臨床症状特になし

日常生活障害度 ※新規申請は導入時の状況を、再認定及び変更申請は最近の状況をご記入ください。

- 1 尿毒症症状のため起床できないもの
- 2 日常生活が著しく制限されたもの
- 3 通勤・通学あるいは家庭内労働が困難となった場合
- 4 通常の日常生活・就業・通学等が可能

腎機能障害発症日 平成・令和 年 月頃

治療経過概要

その他参考となる障害・合併症

抗免疫療法中止年月日 令和 年 月

指定自立支援医療機関 令和 年 月 日

所在地

名 称

科 名 科

指定担当医師の氏名

記載上の注意事項

- 1 自立支援医療(更生医療)適否審査の資料となりますので、できる限り詳細に記入してください。
 - 2 該当項目に○印、数字等を記入してください。
 - 3 医療費は、新規申請の場合にあっては見込額を、再認定申請の場合にあっては意見書作成の1か月前の概算額を、それぞれ記入してください。
 - 4 医療費が1か月50万円を超える場合は、明細書、理由書又はレセプトのコピーを添付してください。ただし、再認定申請で通院の場合は、不要です。
 - 5 新規申請の場合は、導入直前、導入1か月後頃及び最新のデータを記入してください。
 - 6 再認定申請の場合において、通院のときにあっては最新のデータを、入院のときにあっては1年前、6か月前及び最新のデータ(入院で導入後1年を満たさないときにあっては導入直前、導入1か月後頃及び最新のデータ)を、それぞれ記入してください。
- ※ 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りません(平成18年2月28日厚生労働省告示第65号「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)。

自立支援医療(更生医療)を 適 当 ・ 不 適 当 と判定します。

令和 年 月 日

広島市身体障害者更生相談所長

自立支援医療（更生医療）費概算額算出表（腎移植術用）

氏 名			生年月日	大・昭・平 年 月 日（ 歳）			
手術名							
手術料	内 訳	第1月(円)	第2月(円)	第3月(円)	合計(円)		
	輸血・麻酔						
	薬剤・材料等						
	投薬注射	薬品名（ 錠、 錠、 錠、 錠等）					
注射名（ 等）							
処置		術後処置等（処置時の薬剤等を含む）					
検査	X-P						
	血液検査等						
	基本料						
	入院料						
	その他						
計							
手術日	令和 年 月 日						
診療見込期間	入院	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	入院外	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			

上記のとおり診断しました。

令和 年 月 日

指定自立支援医療機関 所在地

名 称

指定担当医師の氏名_____

〔註〕別紙「腎臓機能障害者用自立支援医療（更生医療）要否意見書」に添付してください。

自立支援医療(更生医療)要否意見書(腎臓機能障害・再認定用)

氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)		
住所	広島市 区				
原因疾患名					

1. 医療の具体的方針 (□に✓)

☐ 血液透析 (時間 × 回/週) ☐ 腹膜透析 ☐ 腎移植術後の抗免疫療法	※左記医療の導入日 平成・令和 年 月 日
---	--------------------------

2. 経過等 (□に✓)

1年間の経過 ☐ 変動なし ☐ 変動あり 変動ありの場合、具体的にご記入ください。

[]

3. 検査成績 (最新のデータを記入してください。)

検査年月 令和 年 月

項 目	検査値(□に✓)
血清クレアチニン濃度 (mg/dl)	☐ 8以上 ☐ 7～8未満 ☐ 5～7未満 ☐ 3～5未満 ☐ 3未満
平均一日尿量 (ml)	☐ 500以下 ☐ 501以上

4. 外来・入院別 (□に✓)

☐ 外来	※目的外入院の場合を含みます。		
☐ 入院	入院見込期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	※入院の場合は以下の臨床症状、日常生活障害度、入院理由を記入してください。		
	☐ 臨床症状 1 体液貯留 (全身浮腫・高度の低蛋白血漿・肺水腫) 2 体液異常 (管理不能の電解質・酸塩基平衡異常) 3 消化器症状 (悪心・嘔吐・食思不振・下痢) 4 循環器症状 (重篤な高血圧・心不全・心包炎) 5 神経症状 (中枢・末梢神経障害・精神障害) 6 血液異常 (高度の貧血症・出血傾向) 7 視力障害 (尿毒症性網膜症・糖尿病性網膜症) 8 上記臨床症状特になし	☐ 日常生活障害度 1 尿毒症症状のため起床できないもの 2 日常生活が著しく制限されたもの 3 通勤・通学あるいは家庭内労働が困難となった場合 4 通常の日常生活・就業・通学等が可能	
	☐ 入院理由		

5. 医療費概算額 ※レセプト(写)を添付される場合は記載不要です。意見書作成の1か月前の金額を記入してください。

区分	金額	区分	金額
手術		医学管理料	
投薬・注射		基本診療	
処置		その他	
検査			
合計			円

上記のとおり診断しました。

令和 年 月 日 指定自立支援医療機関 所在地 名称 科名 指定担当医師の氏名

自立支援医療(更生医療)を 適当・不適当 と認定します。

令和 年 月 日 広島市身体障害者更生相談所長

腎臓機能障害用自立支援医療（更生医療）要否意見書

該当項目に○をつけてください。

- Ⅰ 新規申請
Ⅱ 再認定申請
Ⅲ 変更申請

氏 名	○ ○ ○ ○	生年月日	大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳)
住 所	広島市 ○	腎移植術の場合は、「人工透析療法を要する」を——で末梢してください。	
障 害 名	人工透析療法を要する腎臓機能障害		身体障害者手帳 / 級
原因疾患名	糖尿病性腎症		

慢性腎不全を招来した原疾患名を記入してください。

〔例〕慢性糸球体腎炎、腎硬化症、のう胞腎、ネフローゼ症候群等

医療の具体的方針

Ⅰ 新規申請

- (1) 現在保存療法中であるが、今から透析療法を導入予定
(2) 既に透析療法中であるが、今回自立支援医療（更生医療）を新規申請
(3) 腎移植術（術後の抗免疫療法を含む）を実施予定

Ⅱ 再認定申請

Ⅲ 医療内容変更（自立支援医療（更生医療）認可後）

1. 腎移植術 2. 透析療法 3. 通院→入院 4. その他 ()
〔変更年月日（手術日・開始日・入院日） 令和 年 月 日〕

治療方針

導入日 平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

血液透析 4 時間× 3 回/週（時間内・時間外）の透析（中・予定）

自己連続携行式腹膜還流CAPD施行（中・予定）

抗免疫療法（中・予定・中止）〔開始日 平成・令和 年 月 日〕

概算額算出表

医療費概算額（1か月分） ※腎移植術の場合は別紙に記入

区 分	費 用	区 分	費 用
手 術	医療費が1か月50万円を超える場合は レセプトのコピーを添付してください。	食 療	
投 薬・注 射		その他	
処 置		入院・外来別	入・外（時間内・外・休）
検 査			
医学管理料			

合 計 円

検査成績

1年前（導入直前） 6か月前（1か月後）

最新

検査項目	検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
内因性クレアチンクリアランス値	ml/min			
血清クレアチニン濃度	mg/dl			
eGFR(推算糸球体濾過量)	ml/min/1.73 m ²			
血清尿素窒素濃度	mg/dl			
血清Na	mEq/l			
K	mEq/l			
Ca	mg/dl			
P	mg/dl			
一般赤血球	10 ⁴ /mm ³			
Hb	g/dl			
Ht	%			
血液ガス HCO ₃	mEq/l			
平均一日尿量	ml			
血圧	mmHg	/	/	/

新規の場合は導入前・導入1か月後・最新のデータを記入してください。

尿量はできるだけ記入してください。

臨床症状 ※新規申請は導入時の状況を、再認定及び変更申請は最近の状況をご記入ください。

- ① 体液貯留 (全身浮腫) 高度の低蛋白血漿・肺水腫)
- ② 体液異常 (管理不能の電解質・酸塩基平衡異常)
- ③ 消化器症状 (悪心・嘔吐) (食思不振) 下痢)
- ④ 循環器症状 (重篤な高血圧) 心不全・心包炎)
- ⑤ 神経症状 (中枢・末梢神経障害・精神障害)
- ⑥ 血液異常 (高度の貧血症) 出血傾向)
- ⑦ 視力障害 (尿毒症性網膜症) 糖尿病性網膜症)
- ⑧ 上記臨床症状特になし

該当する項目に○をしてください。
新規申請では、導入時の状況を記入してください。

日常生活障害度 ※新規申請は導入時の状況を、再認定及び変更申請は最近の状況をご記入ください。

- ① 尿毒症のため起床できないもの
- ② 日常生活が著しく制限されるもの
- ③ 通勤・通学あるいは家庭内労働が困難となった場合
- ④ 通常の日常生活・就業・通学等が可能

明らかでない場合は、不詳、不明等と記入してください。

腎機能障害発症日 平成 (令和) ○ 年 月 頃 不詳

治療経過概要

令和○年から糖尿病にて治療を受けていたが、○年に腎不全を指摘された。
令和○年○月肺水腫となったが、保存的療法にて一時的に改善された。
同年○月再び悪化し、クレアチン 9.2 mg/dl、BUN103、欠尿となったため血液透析を導入した。

その他参考となる障害・合併症

脳血管障害(右片麻痺)令和○年○月○日発症

腎不全となり、透析導入に至った経過を簡略に記載してください。

抗免疫療法中止年月日 令和 年 月 日

指定自立支援医療機関 令和 ○年 ○月 ○日

所在地

名 称 ○ ○ 病院

科 名 ○ ○ 科

指定担当医師の氏名 ○ ○ ○ ○

「腎臓に関する医療」又は「腎移植に関する医療」の診療科目を主として担当する医師(指定医師)の氏名を記載してください。

記載上の注意事項

- 1 自立支援医療(更生医療)適否審査の資料となりますので、できる限り詳細に記入してください。
 - 2 該当項目に○印、数字等を記入してください。
 - 3 医療費は、新規申請の場合にあっては見込額を、再認定申請の場合にあっては意見書作成の1か月前の概算額を、それぞれ記入してください。
 - 4 医療費が1か月50万円を超える場合は、明細書、理由書又はレセプトのコピーを添付してください。ただし、再認定申請で通院の場合は、不要です。
 - 5 新規申請の場合は、導入直前、導入1か月後頃及び最新のデータを記入してください。
 - 6 再認定申請の場合において、通院のときにあっては最新のデータを、入院のときにあっては1年前、6か月前及び最新のデータ(入院で導入後1年を満たないときにあっては導入直前、導入1か月後頃及び最新のデータ)を、それぞれ記入してください。
- ※ 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りません(平成18年2月28日厚生労働省告示第65号「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)。

自立支援医療(更生医療)を 適当・不相当 と判定します。

令和 年 月 日

広島市身体障害者更生相談所長

6 意見書記載例【再認定申請】

自立支援医療(更生医療)要否意見書(腎臓機能障害・再認定用)

氏名	新規・変更申請の場合は、この様式は使用できません。		生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)	
住所	広島市 区				
原因疾患名	糖尿病性腎症 慢性腎不全を招来した原疾患名を記入してください。 〔例〕慢性糸球体腎炎、腎硬化症、のう胞腎、ネフローゼ症候群				
1. 医療の具体的方針 (□に✓)					
☒ 血液透析 (4 時間 × 3 回/週)			※左記医療の導入日		
☐ 腹膜透析			平成 令和 年 月 日		
☐ 腎移植術後の抗免疫療法					
2. 経過等 (□に✓)					
1年間の経過 ☒ 変動なし ☐ 変動あり 変動ありの場合、具体的にご記入ください。					
3. 検査成績 (最新のデータを記入してください。)					
検査年月 令和 年 月					
項 目		検査値(□に✓)			
血清クレアチニン濃度 (mg/dl)		☒ 8以上	☐ 7~8未満	☐ 5~7未満	☐ 3~5未満
平均一日尿量 (ml)		☒ 500以下	☐ 501以上		
4. 外来・入院別 (□に✓)					
☒ 外来 ※目的外入院の場合を含みます。					
入院見込期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※入院の場合は以下の臨床症状、日常生活障害度、入院理由を記入してください。					
☐ 入院		○臨床症状		○日常生活障害度	
		1 体液貯留 (全身浮腫・高度の低蛋白血漿・肺水腫) 2 体液異常 (管理不能の電解質・酸塩基平衡異常) 3 消化器症状 (悪心・嘔吐・食思不振・下痢) 4 循環器症状 (重篤な高血圧・心不全・心包炎) 5 神経症状 (中枢・末梢神経障害・精神障害) 6 血液異常 (高度の貧血症・出血傾向) 7 視力障害 (尿毒症性網膜症・糖尿病性網膜症) 8 上記臨床症状特になし		1 尿毒症状のため起床できないもの 2 日常生活が著しく制限されたもの 3 通勤・通学あるいは家庭内労働が困難となった場合 4 通常の日常生活・就業・通学等が可能	
				○入院理由 入院の場合は、入院の理由を具体的に記入してください。	
5. 医療費概算額 ※レセプト (写) を添付される場合は記載不要です。意見書作成の1か月前の金額を記入してください。					
区分	金額	区分	金額		
手術		医学管理料			
投薬・注射		基本診療			
処置		その他			
検査					
				合計	円
上記のとおり診断しました。					
令和 年 月 日		所在地			
指定自立支援医療機関		名称		「腎臓に関する医療」又は「腎移植に関する医療」の診療科目を「主として担当する医師」(指定医師)の氏名を記	
		科名			
		指定担当医師の氏名			
自立支援医療(更生医療)を 適当・不適当 と認定します。					
令和 年 月 日					
広島市身体障害者更生相談所長					

○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18年厚生労働省令第19号）第60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18年4月1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1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18年政令第10号）第1条の2第1号に規定する育成医療（以下「育成医療」という。）又は同条第2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17年法律第123号。以下「法」という。）第54条第2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18年厚生労働省令第19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2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3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54条第3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4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5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6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7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8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5年間保存しなければならない。

（通知）

第9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。

(1) 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。

(2) 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10条 指定自立支援医療機関である健康保険法（大正11年法律第70号）第8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3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3条第2項及び第5条の規定は適用せず、第7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11条 指定自立支援医療機関である薬局にあつては、第3条第2項及び第5条の規定は適用せず、第7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20年3月31日厚生労働省告示第161号） 抄

平成20年4月1日から適用する。

改正文 （平成25年1月18日厚生労働省告示第6号） 抄

平成25年4月1日から適用する。

改正文 （平成25年2月15日厚生労働省告示第23号） 抄

平成25年4月1日から適用する。

改正文 （平成27年3月31日厚生労働省告示第195号） 抄

平成27年4月1日から適用する。

○自立支援医療費の支給認定について

障発第0303002号

平成18年3月3日

各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長あて

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

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。

別紙 3

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の設定を行った上で、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こと。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。

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54年5月10日 社更第56号
各都道府県知事・各指定都市市長あて
厚生省社会局長通知

じん臓の機能に障害を有する身体障害者（以下「じん臓機能障害者」という。）に対しては、昭和47年より、身体障害者福祉法第19条に規定する更生医療の給付を人工透析療法に限って適用してきたところであるが、今回、新たにじん臓移植術を当該医療給付の適用範囲に加えることとしたので、その実施にあたっては、次の事項に留意のうえ、遺憾のないよう取り扱われたい。

第1 じん臓機能障害者に対する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）第58条第1項に規定する自立支援医療（更生医療）の適用について

1 自立支援医療（更生医療）費の支給対象者

じん臓機能障害者のうち、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害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を対象とすること。

2 自立支援医療（更生医療）費の支給の範囲

じん臓機能障害者に対する人工透析療法、じん臓移植術及びこれらに伴う医療に限るものであること。

3 その他

(1) (略)

(2) じん臓移植術の適用については、援護の実施機関は、当該指定医療機関と密接な連携を保ち、じん臓提供者出現の際には更生医療の措置が円滑に行われるよう配慮されたいこと。

なお、移植後の障害程度等級の再認定は、慎重な判断を要するが、一般的な例を示せば、抗免疫療法を要しなくなった時点で医師の意見を求めて判断すること。

第2 じん臓機能障害者に対する更生（育成）医療を担当する医療機関の指定について

1 医療の種類

更生（育成）医療機関が担当しようとする医療の種類は、人工透析療法適用者に対する更生（育成）医療については「じん臓に関する医療」とし、じん臓移植術適用者に対する更生（育成）医療については「じん臓移植に関する医療」とすること。

2 医療機関の指定申請

「じん臓に関する医療」及び「じん臓移植に関する医療」を担当する医療機関の指定申請は、平成18年3月3日付け障精発第0303005号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知「指定自立支援医療機関の指定について」等関係諸通知に基づき実施されたいこと。

第3 この通知の適用時期及び関係通知の改廃

1 この通知は、昭和55年4月1日から適用すること。

2 昭和29年7月3日社発第508号本職通知「身体障害者福祉法第19条の2第1項による医療機関の指定について」の一部を別紙のとおり改正すること。

3 昭和47年8月25日社更第153号本職通知「じん臓機能障害者に対する更生医療の給付について」は廃止すること。

別紙（省略） 削除