指定自立支援医療機関

主として担当する医師(じん臓)及び医事課公費負担担当 様へ

「自立支援医療費(更生医療)支給要否意見書」作成時の留意点について

じん臓機能障害に対する自立支援医療(更生医療)の適用については、以下の支給対象者、支給範囲等をご理解の上、「自立支援医療費(更生医療)支給要否意見書 じん臓・小腸・免疫機能障害・臓器移植後の抗免疫療法(新規・更新)共通」のじん臓を○で囲み、医療の具体的方針を記入してください。

1 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 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。

具体的には

- ① 血液透析
- ② CAPD(持続携行式腹膜透析)・APD(自動腹膜透析)
- ③ 血液透析を行うためのシャント設置(形成)術
- ④ CAPD用留置カテーテル装着(設置術)
- ⑤ シャント部分の炎症、血栓に対する治療
- ⑥ じん臓移植術
- ⑦ じん臓移植術後の抗免疫療法
- ⑧ じん臓移植術後、移植腎不適応のためのじん臓摘出術

— 合併症について —

(H19. 8厚生労働省の回答)

更生医療の適用範囲については従前のものと変更はなく、透析療法に直結する治療が対象であり、合併症に関する治療は基本的には想定していない。

3 認定期間と必要書類について

じん臓機能障害は「重度かつ継続」の対象であり、認定期間は最長1年以内です。更新時の手続きに「支給要否意見書」「見積り明細書」を要する場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

※ 治療途中で治療薬の変更で概算額が当初と大幅に変わる場合、通院から入院に医療方針を変更する場合、入院期間を延長する場合は、方針変更あるいは期間延長の手続きが必要となります。

速やかに申請者がお住まいになる区市町村の自立支援医療担当部署にご連絡をお願いいたします。
(必要書類は区市町村にあります。)

※ 平成28年12月に、指定自立支援医療機関へ『じん臓機能障害のある方の自立支援医療制度 自立支援医療(更生医療)「意見書」作成の手引き 平成28年度版』を配布しております。

ご活用ください。

ウラへ

自立支援医療費（更生医療）支給要否意見書作成のポイント

じん臓・じん移植

自立支援医療費（更生医療）支給要否意見書

いずれかを
○で囲む

じん臓・小腸・免疫機能障害・臓器移植後の抗免疫療法（新規・更新）共通

氏名	〇〇〇〇	〇年 〇月 〇日 生（ 〇歳）
居住地	〇〇〇〇〇〇〇	
障害	じん臓・小腸・免疫・心臓・肝臓	障害程度 〇級
現症	・人工透析、じん移植及びじん移植後の抗免疫療法に至った経過 ・現在の障害状況 詳しく記入してください	
医療の 具体的方針	入院	入院予定（ 〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで） ・具体的な治療内容 入院の場合は入院期間を 必ず記入してください
	通院	該当するものを○で囲む
医療の 概算月額	〇〇〇 円	加入している 健康保険の種類 〇〇〇

区 市 町 村 長 殿

上記のとおり自立支援医療（更生医療）は必要・不必要と認められる。

〇年 〇月 〇日 指定医師の記入日

- 指定自立支援医療機関の名称及び所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
- 医療の種類（診療担当科名） 〇〇〇〇 科
- 主として担当する医師名（法第59条指定医師） 〇〇〇〇