

指定自立支援医療機関

主として担当する医師（免疫）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

免疫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」の免疫を○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

ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害を有する身体障害者であって、抗H I V剤の投与等により免疫の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。

2 支給範囲

健康保険の診療方針及び診療報酬の例による診療で、かつ、免疫の機能の改善を図るものであること。なお、医療の範囲については、抗H I V療法、免疫調節療法等H I V感染に対する医療に限るものであること。

具体的には

- ① 抗H I V療法（H I Vそのものに対する抗ウイルス療法）
- ② 免疫調節療法
- ③ その他のH I V感染に対する医療

H I V感染に対する医療とは「サーベイランスのためのH I V感染症／A I D S 診断基準」が採択した**23の指標疾患の範囲内の治療に限る**とされています。

- 23指標疾患を発症している場合は現症欄に疾患名を記入してください。
- **医療の具体的方針欄**には治療の対象になる疾患に対して① ②の治療法を、③については現症欄に記載された疾患の具体的な治療法を記入してください。

なお、23指標疾患以外の合併症については更生医療の対象とはなりません。

3 認定期間と必要書類について

免疫機能障害は「**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へ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。）

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

免疫機能障害

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					
障害	じん臓 ・ 小腸 免疫 ・ 心臓 ・ 肝臓				障害程度 〇級	
現症	・治療経過 ・現在の障害状況 23の指定された日和見感染症を発症している場合は、疾患名も記入してください					
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				
	通院	該当するものを○で囲む 入院の場合は入院期間を必ず記入してください				
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

指定自立支援医療機関は障害者総合支援法第59条1項の規定による。