

## 「自立支援医療 更生医療 意見書（肢体不自由）」作成時の留意点・記載方法

### 1. 意見書作成時の留意点

令和5年4月1日より、肢体不自由者に対する更生医療において、医療機関の変更を認めることとなりました。

手術を施行する医療機関が作成する意見書に、転院先での更生医療を含めて記載することで、転院先でも更生医療が適用できることとなります。

手術に関する更生医療意見書を作成する時点で転院先が確定していない場合には、「手術を施行する医療機関」と「術後リハビリテーションを施行する転院先の医療機関」が、別々に意見書を作成することとなります。

意見書は「肢体不自由用」とし、状況に合わせて2種類の様式を用います。  
各様式の使用については、次の通りです。

#### ①様式1 手術を施行する医療機関用 別紙

- ・意見書を作成する医療機関において施行する手術と術後リハビリテーションを意見書に記載する場合（従来通り）
- ・意見書を作成する医療機関において施行する手術と、他の指定自立支援医療機関に転院して施行する術後リハビリテーションを意見書に記載する場合
- ・他の指定自立支援医療機関に転院して術後リハビリテーションを施行する予定ではあるが、転院先の医療機関が明確でないため、意見書を作成する医療機関で施行する手術と術後リハビリテーションを意見書に記載する場合

#### ②様式2 転院先の医療機関用（手術を施行した医療機関から引き継ぐ場合） 別紙

- ・手術を施行した医療機関において更生医療が適用されており、他の指定自立支援医療機関に転院して術後リハビリテーションを施行する場合で、手術を施行した医療機関で作成された意見書（様式1）に「転院先での術後リハビリテーション」が記載されていない場合（様式1に転院先の医療を含めて記載されていない場合）

\*旧様式にて作成された意見書についても、必要な内容が記載されている場合は当分の間、受理する。

\*「医療費概算内訳書」は従来通りとする。

#### ◆意見書：様式・作成時の留意点・記載方法

滋賀県立リハビリテーションセンターホームページにも掲載しており、滋賀県立リハビリテーションセンターで検索し、ホームページトップ画面最上段「滋賀県身体障害者更生相談所」を選択して、「自立支援医療（更生医療）」よりご確認ください。

## 2. 意見書の記載方法

### 【様式1 手術を施行する医療機関用】

#### ①原因傷病名

障害の原因となった傷病名をご記入下さい。

#### ②治療経過と症状

症状の経過、診断、治療（手術歴等）の内容と時期・年月日をご記入ください。

#### ③医療の具体的方針

手術や術後リハビリテーションについて、ご記入ください。

手術名（対象部位を含む）・手術（予定）日を明記して下さい。

転院先が確定している場合は、転院先での治療内容もご記入ください。

#### ④治療効果見込

治療後における障害の回復状況の見込みをご記入ください。 例) 歩行能力の向上 歩行機能の改善

#### ⑤指定医療機関の名称および転院等の予定

##### ・指定医療機関名

承認を受けた指定自立支援医療機関名（貴院名）をご記入ください。

##### ・ア. 転院の予定

有・無について、○をつけてください。

有の場合は、転院先の指定医療機関名と転院予定の時期をご記入ください。

##### ・イ. 院外処方予定

有・無について、○をつけてください。

有の場合は、指定薬局名と時期をご記入下さい。

#### ⑥医療の期間

予定している医療の期間について、入院・通院が明確になるようご記入ください。

転院先が確定している場合は、転院先での期間を含めてご記入ください。

\*滋賀県では「肢体不自由の更生医療は、入院および通院を通して原則3ヶ月以内」としております。

医療の期間は、医療の開始日から換算します。

例) 医療の開始日が4月5日で医療の期間が3ヶ月の場合：4月5日～6月4日

#### ⑦医療の開始日

手術日を含む、一連の医療の開始日となります。医療の開始日から手術日までは通常数日（2～3日以内）と考え、通常を超える期間がある場合は、その理由を確認し、身体障害者更生相談所にて医療の開始日を判断します。

#### ⑧医療費積算額

更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位でご記入ください。

転院先が確定している場合は、転院先での医療費（概算額）も含めてご記入ください。

#### ⑨記載日 医療の開始日より「以前」となるようにしてください。

但し、3か月以上前とにならないようご注意ください。

#### ⑩記名・押印

指定医療機関名 : 承認を受けた指定自立支援医療機関名をご記入ください。

担当する医療の種類 : 整形外科

主たる担当医師名 : 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ことを承認された医師が記名・押印して下さい。

主治医名 : 主として治療にあたる医師が記名・押印して下さい。

【様式2 転院先の医療機関用（手術を施行した医療機関から転院する場合）】

①手術を施行した医療機関での更生医療

\*手術を施行された医療機関からの医療情報等をふまえて記入下さい。

ア. 指定医療機関名

イ. 原因傷病名 障害の原因となった傷病名をご記入下さい。

ウ. 手術名・手術日

エ. 術後経過（症状等） 術後経過および症状についてご記入ください。

例) 症状：筋力の低下 関節可動域制限 歩行障害 ○○関節痛 等

オ. 手術を施行した医療機関の退院（予定）日

カ. 手術を施行した医療機関での更生医療の開始日

キ. 手術を施行した医療機関での更生医療の期間 : 日数もしくは月でご記入ください。

ク. 医療機関との連携 有・無に○をつけて下さい。

②医療の具体的方針

具体的に記入ください。 例) 術後リハビリテーション 理学療法 作業療法 等

③治療効果見込

治療後における障害の回復状況の見込みをご記入ください。

例) 歩行能力の向上 歩行機能の改善

④指定医療機関の名称

・指定医療機関名 承認を受けた指定自立支援医療機関名（貴院名）をご記入ください。

・院外処方予定 有・無について、○をつけてください。

有の場合は、指定薬局名と時期をご記入下さい。

⑤医療の期間

貴院で予定している「医療の期間」をご記入ください。

手術を施行した医療機関での「医療の開始日」「医療の期間」を確認の上、入院・通院についても明確になるようご記入下さい。

\*滋賀県では、肢体不自由の更生医療は、入院および通院を通して原則3ヶ月以内としております。

例) 医療の開始日が4月5日で医療の期間が3ヶ月の場合：4月5日～6月4日

例) 手術を施行した医療機関での医療の開始日が4月5日、医療の期間が1ヶ月の場合、引継ぎ先の医療機関での医療の期間は、2ヶ月となる。

⑥医療の開始日

転院日をご記入ください。 \*手術を施行した医療機関の退院日から間があっても可

⑦医療費概算額

更生医療としてレセプト請求する予定の医療費概算額を円単位でご記入ください。

⑧記載日

医療の開始日より「以前」となるようにしてください。

但し、3か月以上前とならないようご注意ください。

⑨記名・押印

指定医療機関名 : 承認を受けた指定自立支援医療機関名をご記入ください。

担当する医療の種類 : 整形外科

主たる担当医師名 : 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ことを承認された医師が記名・押印して下さい。

主治医名 : 主として治療にあたる医師が記名・押印して下さい。