

## 自立支援医療 更生医療 意見書 記載方法

\* 心臓機能障害・腎臓機能障害・肢体不自由は、別個に記載方法を作成していますので、そちらをご参照下さい。

### ●障害者総合支援法に定める自立支援医療（更生医療）の制度をふまえ、下記「1～11」を参照の上、意見書を作成して下さい。

自立支援医療（更生医療）は、障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療であり、障害の種類ごとに対象となる医療が定められています。身体障害者手帳を所持する障害者等が、医療の開始前に申請することが原則です。但し、緊急の場合その他やむを得ない事由のある場合は、6か月（意見書の診断日から市町で受理されるまでの期間）を期限として遡及を認められる場合があります。

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ます。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ます。内臓の機能の障害によるものは、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状態のものに限られ、そのような医療の効果が期待できないものは対象とはなりません。いわゆる内科的治療のみのものは除きます。

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、更生医療の対象とはなりません。

#### 1 原因傷病名

今回、申請される「具体的治療の内容」に直結する具体的な傷病名を記載してください。

#### 2 障害の種類

該当する障害の種類に「○」をつけてください。

#### 3 治療経過と症状

症状および治療の経過、診断された際の検査名・施行日・その結果を記載してください。

#### 4 医療の具体的方針

1) 医療の具体的方針をご記入ください。

2) 手術が施行される場合

- ・手術名および施行（予定）日をご記入ください。
- ・手術名は省略せずにご記入ください。

3) 訪問看護の場合は、次の内容をご記入ください。

- ・訪問看護の内容
- ・訪問看護が必要となる期間：訪問看護指示書の指示期間内として下さい。
- ・訪問看護の頻度（回／週 ・ 回／日）
- ・訪問看護が必要となる理由

#### 5 治療効果見込

1) 術前と術後の等級をご記入ください。

2) 具体的な効果の見込みをご記入ください。

具体的な症状の改善・軽減と、生活能力の回復効果の見込みをご記入ください。

申請する手術を行うことにより見込まれる障害の軽減または除去について、具体的に記載してください。

#### 6 指定医療機関の名称および転院等の予定

○指定自立支援医療機関名

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

予定の有・無に○をつけ、指定自立支援医療機関であることを確認の上、ご記入ください。

- ・視覚機能障害者、聴覚機能障害者、音声・言語そしゃく機能障害者（歯科矯正治療以外）に対する更生医療については、医療機関の変更を認めておりません。

## イ 院外処方 の 予定

予定の有無に○をつけ、指定自立支援医療機関であることを確認の上、ご記入ください。

- ・ 院外処方を予定しているが薬局名が明らかなでない場合は、予定「有」に○をつけ、具体的な指定自立医療機関名（薬局）は空欄として下さい。

## 7 医療の期間

申請する医療にかかる期間を記載してください。

入院・通院、それぞれの期間が明確になるようご記入ください。

- ・ 認められる医療の期間は、入院・通院を併せて原則3か月までです。
- ・ 次に挙げるものは、最長1年以内の通院治療を認めます。

小腸機能障害者に対する中心静脈栄養法

免疫機能障害者に対する抗HIV療法等

音声・言語そしゃく機能障害者に対する歯科矯正治療

肝臓機能障害者に対する肝臓移植後の抗免疫療法

- ・ 更生医療以外の目的で入院する受診者が、入院中に施行する更生医療は「通院」として申請して下さい。

## 8 医療の開始日

- ・ 申請する医療にかかる医療の開始日を記載してください。

- ・ 手術が施行される場合

医療の開始日は、手術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、土日祝を除いて3日以内と考えております。

これを超える場合は、その理由を「医療の具体的方針」欄にご記入下さい。

記入のない場合は指定医療機関あてに確認し、滋賀県身体障害者更生相談所にて「医療の開始日」を判断します。

## 9 医療費積算額

申請する医療にかかる医療費のみを記載してください。更生医療と並行して行う原疾患や他疾患等に対する医療の費用は含めないでください。

- ・ 医療費積算額は「診療報酬点数表」に従い計算して下さい。
- ・ 「医療費概算内訳書」に積算額の内訳を記載して下さい。記載日は、更生医療の医療開始日以前の日付として下さい。

## 10 診断日

更生医療の医療開始日以前の日付での診断をお願いします。

＊ 更生医療は、原則事前申請となります。

## 11 指定医療機関名、担当する医療の種類、主たる担当医師名、主治医名

- ・ 指定医療機関名 : 指定自立支援医療機関名を記載してください。
- ・ 担当する医療の種類 : 指定自立支援医療機関として指定されている「担当する医療の種類」を記載して下さい。
- ・ 主たる担当医師名 : 「更生医療を主として担当する医師」が記名し、押印してください。（指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規定により指定を受けた医師であり、身体障害者福祉法第15条に規定する指定医師とは異なるのでご注意ください。）
- ・ 主治医名 : 更生医療を主として担当する医師とは別に主治医がいる場合に、記名し押印してください。

### ◆意見書様式・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ます。

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。