

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

●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。

I. 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、指定自立支援医療機関の変更を認めております。

手術を施行する指定自立支援医療機関が作成する意見書に、転院先である指定自立支援医療機関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されます。

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して下さい。

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
- ・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）

II. 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

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. 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。
- ・人工関節置換術等にて入院が3か月以上となる場合は、その理由を医療の具体的方針に記載して下さい。記載がない場合は、問い合わせをさせて頂きます。
- ・転院先（指定自立支援医療機関）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

- ・具体的な効果の見込みをご記入ください。

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. 院外処方の予定

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。

*院外処方を予定しているが薬局名が明らかでない場合は、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。

6. 医療の期間

予定している医療の期間について、入院・通院それぞれの期間が明確になるようご記入ください。

転院先（指定自立支援医療機関）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～7月4日

7. 医療の開始日

申請する手術にかかる医療の開始日を記載してください。

- ・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、「医療の具体的方針」欄にその理由をご記入下さい。

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。

8. 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。転院先（指定自立支援医療機関）が確定している場合は、転院先での医療費も含めてご記入ください。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。

9. 記載日

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。但し、3か月以上前とならないようご注意ください。 *更生医療は、原則事前申請となります。

10. 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」(整形外科等)を記載してください。
- ・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。

【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ご記入下さい。

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
- ・人工関節置換術等にて入院が3か月以上（手術が施行された指定医療機関の医療の開始日から起算）となる場合は、「医療の具体的方針」にその理由を記載して下さい。記載がない場合は、問い合わせさせて頂きます。

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。

・院外処方の予定 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。

*院外処方を予定しているが薬局名が明らかでない場合は、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。

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・通院それぞれの期間が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～7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ヶ月となります。

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。

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。 *更生医療は、原則事前申請となります。

9. 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」(整形外科等)を記載してください。

・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、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。