

## 自立支援医療 更生医療 意見書 記載方法 [心臓機能障害]

### ●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、障害ごとに対象となる医療が定められております。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。

心臓疾患による心臓機能障害者等に対する更生医療の適用については、次のように定められております。

(平成18年11月1日付 障発1101004 通知)

- ・支給対象者は心臓機能障害者等であって手術又は心臓移植術により心臓機能障害の軽減又は除去がはかられ、将来確実に生活能力の回復の見込みのあるもの。概ね3か月程度の医療で、相当確実な治療効果を期待できるもの。
- ・支給の範囲は心臓疾患に対する手術、心臓移植術及びこれらに伴う医療に限るものであり、いわゆる内科的治療のみのものは除く。

#### 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。  
例) 具体的治療の内容「ペースメーカー移植術」の場合 → 洞不全症候群や完全房室ブロック等
- ・原因傷病名として「心不全」のみが記載されている場合は、心不全の原因疾患について問い合わせをさせていただきます。

#### 2 障害の種類

該当する障害の種類（心臓機能障害）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、手術が必要であると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。
  - ・内科的治療のみのものは、更生医療の対象となりませんのでご注意ください。
- 2) 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。  
例) 弁置換術（2弁）→ 大動脈弁置換術、僧帽弁置換術

#### 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。  
例) 「徐脈による症状、心不全症状が改善し、日常生活動作が可能となる。」  
「失神症状、胸部不快感の軽減、心機能の改善により屋外歩行が可能となる。」  
「手術により日常生活動作能力の改善が見込まれる。」

\*予防的な手術のみの場合は、更生医療の対象とはなりません。

例) 「不整脈の予防。」 「突然死のリスク対策。」

\*具体的でない記載はさけてください。

例) 「効果あり。」 「著効。」 「軽快。」 「救命。」

## 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。

- ・心臓機能障害に対する手術について、転院先医療機関での更生医療の適用は認められません。但し、心臓移植術後の免疫抑制療法のみ、転院先医療機関での更生医療の適用を認めます。

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

申請する手術および心臓移植術後の免疫抑制療法にかかる医療の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。
- ・手術後の抗凝固療法、心臓移植術後の免疫抑制療法については、最長1年以内の通院治療を認めます。

## 8 医療の開始日

- ・申請する手術および心臓移植術後の免疫抑制療法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2～3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。

## 9 医療費概算額

- ・申請する手術および心臓移植術後の免疫抑制療法にかかる医療費の概算額を記載してください。また、内訳を「医療費概算内訳書」に記載してください。
- ・申請する手術および心臓移植術後の免疫抑制療法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。

## 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」（心臓脈管外科等）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・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。