

自立支援医療 更生医療 意見書 [腎臓機能障害] 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「1～9」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。

じん臓機能障害者に対する更生医療の給付については、次のように定められております。

(平成18年障発0331005・平成25年障発0426第6通知)

- ・支給対象者は、じん臓機能障害者のうち、保存的療法で尿毒症症状の改善ができない者であって、人工透析療法又はじん臓移植術によりじん臓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。
- ・支給の範囲は、じん臓機能障害者に対する人工透析療法、じん臓移植術及びこれに伴う医療に限るもの。

1 原因傷病名

今回、申請される「具体的治療の内容」に直結する傷病名を記載してください。

2 現症

1) 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（時期）・その結果を記載してください。

2) 検査所見

腎臓機能障害に関する検査データをご記入ください。

3 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。

①人工透析療法の場合

- ・血液透析または腹膜透析に○をつけ、導入（予定）日をご記入ください。
- ・血液透析または腹膜透析を明記し、回数（ /週）をご記入ください。
- ・血液療法と腹膜療法を併用される場合はその旨を明記し、それぞれの導入日、それぞれの回数（ /週）をご記入ください。
- ・人工透析療法に伴う手術（末梢動静脈瘻造設術、連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術、経皮的シャント拡張術等）を施行される場合は、手術名および手術（予定）日をご記入ください。

②腎臓移植術の場合

- ・手術名および手術（予定）日をご記入ください。
- ・術後の免疫抑制療法を施行される場合は、その旨を明記して下さい。
- ・移植術後において移植腎生検を施行される場合は、その旨を明記して下さい。

③腹膜透析または在宅血液透析にかかる訪問看護の場合は、次の内容をご記入ください。

- ・訪問看護が必要となる理由
 - 例) 腹膜透析の手技を本人が獲得できていない 腹膜透析に関する自己管理ができない 等
 - * 「家族の支援が受けられない」だけでは、十分な理由とはならないのでご注意ください。
- ・訪問看護の内容
- ・訪問看護が必要となる期間
- ・訪問看護の頻度

4 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。

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。

5 医療の期間

申請する医療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。
- ・人工透析療法と腎移植後の免疫療法については、最長1年以内の通院治療を認めます。入院と通院を合わせて、1年以内になるようご記入ください。

6 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。

- ・医療の開始日は、更生医療の開始日となります。
 - ・医療の開始日から透析導入もしくは手術日までは通常、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、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。

7 医療費概算額

- ・申請する医療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。

8 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。

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」（腎臓、腎移植等）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。