

難病指定医・協力難病指定医の皆様へ

医療費助成制度の臨床調査個人票（診断書）について

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）に基づく医療費助成制度では、厚生労働大臣が定める認定基準に基づき、指定医が作成した臨床調査個人票について審査を行い、認定又は不認定を決定します。

■認定基準

認定基準は、「(1) 診断基準」と「(2) 重症度の基準」が、疾病ごとに設定されています。

(1) 診断基準	理学的所見、検体検査、画像検査、遺伝子解析検査等による基準 ※ 必要な検査を実施していないなど診断基準を満たさない場合は不認定となります。
(2) 重症度の基準	日常生活又は社会生活への支障の程度 ※ 重症度の基準を満たさない場合でも、 軽症高額該当基準 (申請のあった月以前の12か月以内に当該指定難病に係る医療費総額(10割分)が33,330円を超える月が3か月以上ある)を満たす場合は認定となります。 ※ 医療費総額を確認できる書類を添付の上、申請するよう患者様に説明してください。(軽症高額該当基準に係る詳細は保健所に確認してください。)

厚生労働大臣が定める認定基準は、厚生労働省のホームページでご覧になれます。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

■臨床調査個人票を作成する際の注意点（裏面の記載例参照）

①記入する項目全般	記入する項目全般については、臨床調査個人票を作成する指定医が、有効な情報であると判断できるものであれば、他院の情報に基づくものでも構いません。他院での情報が必要な場合は、医師間又は医療機関間で連絡の上、入手してください。
②診断基準に関する項目	診断基準に関する項目はいつの時点の情報でも構いません。ただし、診断に必須の検査が「臨床調査個人票作成時点で検査未実施」又は「結果が不明」の場合は不認定となります。 (各疾病の診断基準に、鑑別・除外すべき疾病や病態が記載されています。)
③重症度に関する項目	適切な医学的管理下で治療が行われている状態で、 臨床調査個人票作成時から過去6か月間で最も悪い状態 を記入してください。
④人工呼吸器に関する項目	当該指定難病により人工呼吸器を使用中で、「一日中施行」「離脱の見込みなし」「生活状況における全項目で部分介助又は全介助」の方が対象です。
⑤作成者	臨床調査個人票は、指定医が作成したもののみが有効です。
⑥指定医番号	所定の欄に必ず記入してください。
⑦記載年月日	臨床調査個人票の有効期限は、新規申請・更新申請ともに3か月です。医療費助成の申請は有効期間内に行う必要があります。患者様への周知をお願いいたします。
⑧添付書類	疾病によっては添付書類が必要ですので、ホームページでご確認ください。 http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/kak/tokusitu/nanbyouiryo_hijosei.htm 添付書類は新規申請時のみ提出してください。更新申請時は必要ありません。

臨床調査個人票の作成に当たっては、認定基準をご確認の上、記載事項に漏れがないよう記入してください。

審査に必要な項目に未記入や誤記入がある場合、原則として不認定となります。

【お問い合わせ先】 〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目
北海道保健福祉部 健康安全局地域保健課 特定疾患グループ
電話 011-231-4111 (内線25-523)

■基本情報

氏名	
姓(漢字) 北海	名(漢字) 太
住所	
郵便番号 007-0837	住所
生年月日等	
生年月日 西暦1960年11月1	
発病時の状況	
発症年月 西暦2000年1月	

■ 臨床調査個人票作成前に、各疾病の診断基準及び重症度を必ずご確認ください。
 ■ 審査に必要な項目ですので、**全て記載**してください。**未記入や誤記入がある場合、原則として不認定**となります。(検査に考慮すべき事情があるときは、その理由を余白や別紙に記載してください。)
 ① 記入する項目全般については、他院の情報に基づくものでも構いません。必要な場合は、医師間又は医療機関間で連絡の上、入手してください。

■発症と経過

経過	
経過	①進行性 2.進行後停止 3.軽快

■臨床所見

運動系	
〇〇徴候	①あり 2.なし

■検査所見

遺伝子検査	
〇〇遺伝子異常の有無	①異常あり 2.異常なし 3.未実施

■鑑別診断

鑑別診断	
鑑別できる場合にチェック	①××病 ②△△病 ③□□病

■重症度

重症度	
重症度	1.Stage I 2.Stage II ③Stage III

■治療その他

人工呼吸器(使用者のみ詳細記入)	
使用の有無	1.あり ②なし
以下有の場合 開始時期	
種類	1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.経鼻型人工呼吸器
施行状況	1.間欠的施行 2.夜間に継続的に加
生活状況	食事 1.自立 2.部分介助 3.全介助 ～ 以下略 ～

② 診断基準に関する項目
 ・ いつの時点の情報でも可
 ・ 考慮すべき事情があって検査未実施の場合は、その理由を余白や別紙で記載
 ・ 鑑別・除外診断については、原則、「全ての疾病が鑑別・除外されていること」が必要

③ 重症度に関する項目
 ・ 過去6か月間で最も悪い状態を記載

④ 人工呼吸器に関する項目
 ・ 人工呼吸器使用中の場合のみ詳細を記載
 ・ 「一日中施行」、「離脱の見込みなし」、「生活状況に置ける全項目で、部分介助又は全介助」の全てにあてはまる方のみ対象

医療機関名	道庁クリニック	指定医番号	01●●●●●●●●●●
医療機関所在地	〒060-8588 札幌市中央区北3条西6丁目	電話番号	011-231-●●●●
医師の氏名	福祉 花子	記載年月日	西暦2016年●月●日

⑤⑥⑦ 医師の氏名・指定医番号・記載年月日は必ず記載してください。