

医療療養病棟入院基本料の変更に關する患者・家族向けパンフレット 「医療療養病棟に入院されているみなさまへ」について

1. パンフレット作成の背景（7月1日からの療養病棟入院基本料の改定）

- 平成 18 年 7 月 1 日から、療養病棟入院基本料が、これまでの入院病棟の看護配置に応じた一律の包括点数から、患者の医療の必要度と ADL の状態に応じた包括点数に変更された。これによって、同じ病棟に入院していてもその状態によって算定される点数が患者ごとに異なることになる。
- 慢性期入院医療における患者分類を活用した包括評価の導入（病棟基準から患者基準への変更）は、ここ数年来の健保連の大きな研究テーマであり、アメリカのナーシングホームで導入されている RUG (Resource Utilization Groups) の検証に始まり、日本版 RUG 分類の開発とその妥当性の検証へと調査研究を深めてきた。また、そうした研究成果は、中医協・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会（以下、慢性期分科会）における患者分類案作成のための検討において積極的に報告してきたところである。
- 慢性期分科会が中医協・基本問題小委員会に報告した患者分類は、医療区分 3 段階・ADL 区分 3 段階・認知機能障害加算の組合せによる 11 分類となっていたが、中医協において検討された結果、最終的に点数設定されたものは、5 分類と 1 加算というごく粗いものとなった。
- また、運用面においても、患者分類に関するアセスメントデータの提出や、患者、家族への説明という点で、保険者の観点から、懸念を残すものとなっている。
- しかし、今回、慢性期入院医療に“病棟基準”から“患者基準”への変革、患者特性に応じた評価体系への転換がもたらされた意義は大きい。分類の精緻化、運用面での改善については、今後、慢性期分科会における調査、検証を通じて取り組むべき課題と考える。

2. 包括評価の重要ポイント「医療区分・ADL 区分に係る評価票」の医療区分、ADL 区分、CPS の状態の全てを詳細に解説！！

- 今回導入された包括評価において、最も重要な役割を担っているのが「医療区分・ADL 区分に係る評価票」（パンフレット P2～3）である。患者分類の基礎となる患者アセスメントに基づき、医療機関が（原則月 1 回）行うこととされている患者の

状態及び区分等についての患者及び家族への説明は、原則この評価票様式に基づき行われることになっている(留意事項通知)。

- そこで、医療機関からの説明に対する理解を深め、インフォームド・コンセントの一助となるよう、保険者からの情報提供の一環として、評価票の解説を中心とした患者・家族向けパンフレットを作成することとした。
- 医療区分2・3に挙げられている疾患及び状態の項目全てについて詳細な説明を加え(P5～17)、*ADLの状態(P18～20)、*CPSの程度(P21)については、どのような状態を示すのか具体例を挙げて分かり易く解説した。
 - ※ ADL=介護を要する程度を示すもの
 - CPS=認知機能障害の程度を示すもの
- 患者分類を活用した包括評価は、日本ではまだ馴染みのない方式である。その上、患者への説明等の情報提供の密度は、実質的に医療機関任せとなっており、提供される医療についてのチェック体制の基盤も現状では、整備されていない。
- これらの点を考慮すると、患者、家族への情報提供ということが、保険者機能の発揮という点から、まず取り組むべきことと考える。

3. 医療・医療機関情報サイト「けんぼれん病院情報 ぼすびたる！」も慢性期入院医療分野の登録について強化！！同サイトにもパンフレット掲載！

- 健保連では、すでに「患者中心の医療の実現」に向けた具体的な取り組みの一つとして、「けんぼれん病院情報 ぼすびたる！」を開設し、“かしこい患者の心得”－医師との対話を大切に－を基本テーマに、WEBによる情報提供を通じて「医療における患者・国民の選択」の支援を行っている。現在、特に、リハビリテーションや長期療養、慢性期入院医療を専門とする病院の登録の強化に取り組んでいるところであり、今回のパンフレットも療養病棟を持つ医療機関を検索する方にも見てもらえるよう、同サイトにも掲載する。
- 患者及びその家族が、症状と治療内容等を良く理解し、さらに、受けた医療サービスの対価について知ることは、患者中心の医療の実現のためにも大切なことで、そのためのハンドブックとして、本パンフレットが活用されることを望むものである。

医療療養病棟へ入院されている みなさまへ

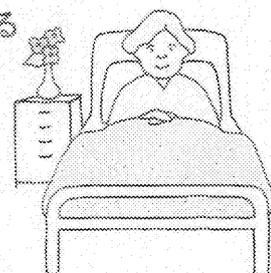
—入院基本料が変わります—



医療保険で療養病棟に入院されている 患者様・ご家族の皆さまへ

平成18年7月より、「入院基本料」が変更され、7月1日以前より入院されている患者様の大部分は、病院の窓口で支払う入院費用が下がることになります。

❓「入院基本料」とは？：入院基本料は、診察料、看護料、病室の部屋代など入院の基礎となる費用で、医療保険による入院費のほとんどにあたります。



もしも…！



平成18年7月になってから、窓口で支払う入院費用が上がった



先月よりも、今月の入院費用の方が高かった



症状が良くなっているのに、毎月同じ入院費用を支払っている

あなたが支払う入院費用はこのように決まります

●「入院基本料」は、患者様が病棟で受けている医療の程度（「医療区分」といいます）と、介護を要する程度（「ADL区分」といいます）を基準に決められます。

病院から「医療区分・ADL区分に係る評価票」が
渡されることになっています※

次のページからはじまる流れに沿って、チェックしてみましょう

※「医療区分・ADL区分に係る評価票」が渡されていない方は、24ページの説明をご覧ください。

わからないことがあれば、遠慮せずに医師や看護師に聞きましょう。

❗「特殊疾患療養病棟」に入院されている方の入院費用は、平成18年7月1日以前と大きく変わりません

※評価票の様子は、病院によって異なる場合があります。

医療区分・ADL区分に係る評価票

平成 年 月 日

氏名 1男 2女 1病 2次 3級 4甲

「医療区分3」に該当する場合にチェックされています。

「医療区分3」の方は、「1」～「10」の疾患及び状態のいずれかにチェックがあります。ご自身にあてはまるか、5ページからの説明で確認してみましょう。

I 医療区分3

各項目について評価を行い、該当日にチェック印を入れる。但し、頻度が定められていない項目については★欄にチェックする。

1 スモン

2 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を施している状態

3 中心静脈栄養を実施している状態

4 24時間持続して点滴を実施している状態

5 人工呼吸器を使用している状態

6 ドレーン又は褥瘡若しくは潰瘍の洗浄を実施している状態

7 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

8 酸素療法を実施している状態

9 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

10 神経障害等の患者であって、平成18年6月30日において特別医療費減額入料料1を算定する病種に入票している患者

医療区分3の該当有無

II 医療区分2

各項目について評価を行い、該当日にチェック印を入れる。但し、頻度が定められていない項目については★欄にチェックする。

11 筋ジストロフィー症

12 多発性硬化症

13 筋萎縮性側索硬化症

14 パーキンソン病関連疾患（進行性上肢振戦、大脳皮質基底核異常性、ドローゼ病（ドローゼ病の重症度分類がグーP3以上であって、生活機能障害が重度又は重症の状態に限る。）、）

15 その他の難病（スモン及び12～14までを除く。）

16 四肢麻痺（四肢麻痺を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）

17 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がV級の状態に該当する場合に限る。）

18 慢性肺病（慢性閉塞性肺疾患の重症度による治療コントロールが異なる場合に限る。）

19 肺炎に対する治療を実施している状態

20 尿路感染症に対する治療を実施している状態

21 感染症による1年以上の入院が必要状態（重症化する感染症の罹患、30日以上の場合で、実際に1年以上入院を要している場合に限る。）

22 脱水に対する治療を実施している状態

23 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

24 咳血に対する治療を実施している状態

25 鼻出血に対する治療を実施している状態（治療の要しない軽微な鼻出血は認められない。）

26 末梢循環障害による下肢末梢の開放創に対する治療を実施している状態

27 せん妄に対する治療を実施している状態

28 うつ症状に対する治療を実施している状態

29 拍動に対する頻度が毎日認められる状態

30 人工呼吸、呼吸補助法（気管挿管、経鼻挿管又は経鼻気管挿管法）を実施している状態

31 酸素療法や高濃度の酸素吸入が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

32 1日8回以上の嚔吸引を実施している状態

33 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）

34 頸部の血糖検査を実施している状態

35 褥瘡（手術創に類する創を除く。）、潰瘍（褥瘡又は下疳若しくは足の潰瘍、）皮膚の感染症に対する治療を実施している状態

36 神経障害等の患者であって、平成18年6月30日において特別医療費減額入料料2を算定する病種に入票している患者（医療区分3の患者を除く。）

37 基本診療種の施設基準等の掲載第五の三の三の患者

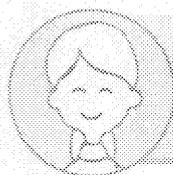
医療区分2の該当有無

「医療区分2」の方は、「11」～「37」の疾患及び状態のいずれかにチェックがあります。ご自身にあてはまるか、8ページからの説明で確認してみましょう。

「医療区分2」に該当する場合にチェックされています。

評価票の様子は、病院によって異なる場合があります。

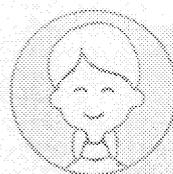
あなた自身の「評価票」をご覧になり、チェックされている区分がどうなっているか、確認してみてください



1 「医療区分3」にチェックされている

- 「疾患及び状態」の項目でチェックされた治療を受けたり、症状がありましたか。
- 5ページからの「医療区分の評価方法」をみて、ご自身にあてはまるかどうか確認してみましょう。

5ページ「医療区分の評価方法」へ



2 「医療区分2」にチェックされている

①、②、③を順に確認しましょう。

①「疾患及び状態」の項目でチェックされた治療を受けたり、症状がありましたか

- 8ページからの「医療区分の評価方法」で確認してみましょう。

8ページ「医療区分の評価方法」へ

②ADL得点は何点ですか 点

- 「ADL得点」により、入院基本料に違いがあります。
- 18ページからの「ADL区分の評価方法」をみて、ご自身の介護を要する支援の程度にあてはまるか確認してみましょう。

18ページ「ADL区分の評価方法」へ

※ADL得点が0~10点の方のみが対象です

③「CPS(認知機能障害評価)」のスコアはいくつですか

- 「CPS」のスコアが3以上か未満かで、入院基本料に違いがあります。
- 21ページの「CPSの評価方法」をみて、認知機能障害の程度にあてはまるかどうか確認してみましょう。

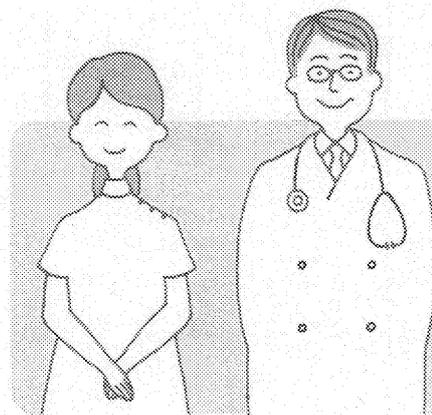
21ページ「CPSの評価方法」へ

医療区分の評価方法

- 患者様の疾患や状態、受けている医療処置の状況によって、以下のように区分されます。
- 分類基準と、用語解説は次のとおりです。

医療区分3

「医療区分3」に該当する方は、次の **■** ~ **■** の疾患や処置のいずれかを受けている方です。



1 スモン

- 感染性下痢症の薬であるキノホルムの服用によって引き起こされる神経障害です。キノホルムの服用後、2~3週間のうちに、脊髄(せきずい)と視神経と末梢(まっしょう)神経がおかされます。主な症状は、腹痛、腹部膨満、下半身のしびれと痛み、冷え、歩行困難などです。多くの場合、数ヶ月で回復しますが、一部には、後遺症や合併症に長い間苦しんでいる人もいます。日本では1970年にキノホルムが販売停止となり、それ以降は新たな発病者は出ていません。
- 特定疾患治療研究事業 ※実施要綱に定めるものを対象としますが、必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はありません。

※特定疾患治療研究事業

原因不明で治療法が確立していない、いわゆる難病と呼ばれる疾患のうち、国が定めた特定の疾患について、治療研究事業を推進することにより、医療の確立、普及を図るとともに、患者の医療費の一部を公費で負担し、その負担の軽減を図ることを目的とした事業です。

2 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

医師や看護職員が、少なくとも、24時間体制でバイタルサイン(血中の酸素飽和度や血圧、心電図、呼吸の状態など)を観察し、管理する必要のある状態をさします。バイタルサインを観察する間隔が4時間以内で、その状態が、少なくとも24時間続いている状態をさします。

3 中心静脈栄養を実施している状態

- 点滴の一種で、腕などの静脈の血管にチューブを差し込んで、そこから濃度の高い栄養液(ブドウ糖・アミノ酸液)を流し入れて、栄養と水分を補給する栄養法です。口から食事を摂ることが不可能で、経腸栄養※(鼻やお腹にチューブを入れて、胃に流動食や栄養剤を流し入れる方法)の実施も困難な場合に用いられます。
- 胃や腸、食道などの異常や、悪性の腫瘍(しゅよう)などがあって、胃や腸から栄養を摂ることが困難なために、この方法を実施している場合が該当します。末梢(まっしょう)血管(手足の先端や鼻、耳など)への栄養・水分補給を目的に行うものは、対象外です。ただし、経腸栄養のみではカロリーが不足する状態で、中心静脈栄養の中止時期や方法等の計画に基づき、経腸栄養を併用している場合は対象となります。(※16ページ参照)

4 24時間持続して点滴を実施している状態

- 24時間続けて点滴を受けている状態をさします。
- 点滴とは、液体の薬剤や栄養、電解質(生命維持に必要な静電気を帯びた鉱物性の栄養素)などを、注射器で静脈へ一定の時間をかけて注入する処置をさします。
- ①口から食事を摂ったり薬を飲んだりすることができない場合、②心臓や血圧の状態が不安定な場合、③体液中の栄養素が不均衡(電解質異常があるなど)な場合の3つのうち、いずれかの理由で行っている場合が該当します。
- 連続する7日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合、8日目以降は対象となりません。ただし、いったん中止した後、病状が悪化して再び24時間続けて点滴を実施した場合には、再度7日間まで対象となります。

5 人工呼吸器を使用している状態

- 人工呼吸器とは、自分の力で呼吸することが困難な場合に、人工的に換気を行う装置です。
- 1日5時間を超えて人工呼吸器を使用している場合が対象となります。

6 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

- ドレーン法、胸腔(きょうこう)洗浄、腹腔(ふくこう)洗浄のいずれかを実施している人が該当します。
- ドレーン法とは、傷のできた部分や体腔(たいこう;消化管と壁の間の空間)にたまった血液や膿(うみ)、体液などを、ドレーンという排液管を使って体の外へ排出する処置方法です。
- 胸腔洗浄とは、胸腔(肺が納まっている空間)、腹腔洗浄とは腹腔(胃や腸などが納まっている空間)に、たまった血液や膿を生理食塩水などで洗い流す処置方法です。

7 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

- 気管切開または気管内挿管を行っていて、発熱があり、薬などを使って発熱に対する治療を実施している状態をさします。
- 気管切開とは、気道がふさがってしまい、呼吸困難になったときなどに、肺に直接空気を送ったり、喉(のど)に詰まっているものを吸引したりするため、喉を切り開いて、気管にチューブを差し込む手術方法です。
- 気管内挿管とは、心肺停止で危険な状態のときや、手術で全身麻酔を行うときなどに、口または鼻から気管内にチューブを入れ、呼吸を助ける処置です。

8 酸素療法を実施している状態

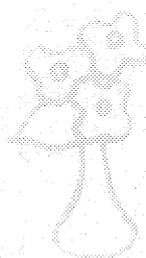
- 酸素療法とは、血液中の酸素の濃度(酸素飽和度)が正常値よりも低い人や、手術後の人酸欠状態になっている人などに対し、通常の大気よりも濃い濃度の酸素を与える治療法です。
- 酸素飽和度は、95%以上が正常値とされますが、ここでは酸素を投与されていない状態での安静時、睡眠時、運動後のいずれかの時に測定して、90%以下となる人に対して行われている酸素療法が対象となります。酸素飽和度に応じて、酸素量を適切に管理しながら実施していることが必要です。

9 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

- 周囲の人に伝染する恐れのある感染症にかかっている、伝染を予防するために、隔離室で治療を行っている状態をさします。
- 感染症に対する治療を行っている期間を対象とします。

10 神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において特殊疾患療養病入院料1を算定する病院に入院している患者

(説明省略)



医療区分 2

「医療区分2」に該当する方は、次の ① ～ ④ の疾患や処置のいずれかを受けている方です。

① 筋ジストロフィー症

遺伝子の異常により、徐々に筋力が低下する筋肉疾患です。大部分は遺伝性のもので、一部、突然変異で起こるものがあります。遺伝形式と症状によって、いくつかの病型に分かれますが、共通する症状は、進行性の筋萎縮(いしゅく)と筋力低下です。手足や体の筋肉が衰えて、歩いたり手足を使ったりすることが困難になります。呼吸筋にまで障害が及び、人工呼吸器を必要とすることもあります。

② 多発性硬化症

- 神経線維の外側部分である髄鞘(ずいしょう)というところが破壊される、原因不明の病気です。髄鞘は神経の電気伝導を速めるしくみに関わっていて、ここが破壊されることによって、目、口、手足、排泄機能などに障害が出ます。とくに症状が多く表れるのは目で、視力の低下、物が二重に見える、眼球が震える、眼痛などの症状があります。次に多い症状は、手足のしびれや麻痺(まひ)、排泄機能の障害、めまい、構音障害(しゃべりにくい)、嚥下(えんげ)障害(飲み込みにくい)などです。これらの症状が悪化したり、やわらいだり、一時的になくなったりと、複雑に繰り返します。
- 特定疾患治療研究事業※実施要綱に定めるものを対象としますが、必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はありません。
(※5ページ ④ 参照)

③ 筋萎縮性側索硬化症

- 運動神経が障害を受けたために、骨格を動かす筋肉が萎縮(いしゅく)し、麻痺(まひ)する進行性の病気です。通常、片方の腕の筋力低下と萎縮が徐々に表れて、やがて、もう一方の腕、さらに足の先へと進行し、足のつま先が垂れる「垂れ足」が起こるといった経過をたどります。最終的には、眼球運動と肛門括約筋を除く全身の筋肉に麻痺と萎縮が及ぶようになります。主な症状としては、構音障害(しゃべりにくい)、嚥下(えんげ)障害(飲み込みにくい)、呼吸障害がありますが、知覚・知能は保たれており、膀胱(ぼうこう)直腸障害(大小便の失禁)も起こりません。
- 特定疾患治療研究事業※実施要綱に定めるものを対象としますが、必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はありません。
(※5ページ ④ 参照)

パーキンソン病関連疾患[進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。)]

- 進行性核上性麻痺(しんこうせいかくじょうせいまひ)、大脳皮質基底核変性症(だいのうひしつきていかくへんせいしょう)、パーキンソン病のいずれかにかかっている状態をさします。
- パーキンソン症候群(パーキンソン病関連疾患と症状が似ているが、原因の異なる障害)は含みません。
- 必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はありません。

【進行性核上性麻痺】

脳幹と小脳の神経細胞が減り、変質する原因不明の病気です。頸(くび)や胴体の筋肉がねじれて固くなり、歩行障害、姿勢異常(軽く体を押されただけで転倒する)、動作緩慢(ひとつの動作に時間がかかる)といった症状が表れます。初期の段階ではパーキンソン病と区別がつきにくいことがあります。パーキンソン病が前屈姿勢であるのに対し、進行性核上性麻痺は頭部が後屈し、上半身が後方にそり返るのが特徴です。進行すると、眼球運動の制限、構音障害(しゃべりにくい)、嚥下(えんげ)障害(飲み込みにくい)、中等度の認知症が加わります。

【大脳皮質基底核変性症】

脳の前頭葉と頭頂葉に強い萎縮(いしゆく)が起こる、原因不明の病気です。パーキンソン病と進行性核上性麻痺に共通した症状(筋肉の固縮、歩行障害、動作緩慢)に加え、大脳皮質の変質に伴い、手を思うように動かせなくなります。体の左または右側のどちらか一方に、より強く症状が出るのが特徴で、パーキンソン病に見られる静止時の振戦(しんせん;小刻みな手足の震え)は、ほとんど見られません。進行すると、言語障害や認知症が表れることがあります。

【パーキンソン病】(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。)

- 脳の根元にある、黒質(こくしつ)という神経細胞が集まった部分に障害が表れることによる、原因不明の病気です。黒質でつくられるドーパミンが、大脳の線条体と呼ばれる神経細胞に情報を伝え、線条体では、このドーパミンとアセチルコリンの2種類の伝達物質を使って、細胞の興奮と抑制を調節し、運動(動作)をスムーズに行えるようにしています。黒質が損傷すると、つくられるドーパミンの量が減り、アセチルコリンとのバランスが崩れ、なめらかな動作をコントロールできなくなります。その結果、静止時の振戦(小刻みな手足の震え)、筋肉の固縮、動作緩慢、姿勢異常といった症状が発生します。
- 「ホーエン・ヤール重症度分類」の「3度」以上、かつ「生活機能障害度」が「Ⅱ度」または「Ⅲ度」の状態を対象とします。

「ホーエン・ヤールの重症度分類」「生活機能障害度」

ホーエン・ヤールの重症度分類		生活機能障害度	
1度	体の片側だけに、手足の小刻みな震えと筋肉の固縮がある。軽度の症状。	Ⅰ度	日常生活や通院のときに、ほとんど介助を必要としない。
2度	体の両側の手足に小刻みな震え、筋肉の固縮のほか、無表情、動作が極端に遅いといった症状がみられる。姿勢も不安定で、日常生活がやや不便な状態。		
3度	歩行が不安定で、方向転換するときにバランスをくずしてしまうなどの歩行障害がみられる。日常生活での動作障害もかなり進み、体の動きに足が追いつかず突進してしまう「突進現象」もはっきりとみられる。	Ⅱ度	日常生活や通院のときに、介助を必要とする。
4度	立ち上がる、歩くといった日常生活の基本的な動作の能力が著しく低下し、労働能力が失われる。		
5度	常時介護を必要とする状態になり、介助による車いすでの移動、または寝たきりとなる。	Ⅲ度	日常生活において全面的な介助を必要とし、自分だけの力では歩行、起立ができない。

その他の難病(スモン及び■～■をまでを除く)

- 国が定める特定疾患治療研究事業・実施要綱の対象となっている45の疾患のうち、スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患を除いた41の疾患のことです。
 - ペーチェット病 ○重症筋無力症 ○全身性エリテマトーデス ○再生不良性貧血 ○サルコイドーシス ○強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎 ○特発性血小板減少性紫斑病 ○結節性動脈周囲炎(=結節性多発動脈炎) ○潰瘍性大腸炎 ○大動脈炎症候群(=高安動脈炎) ○ピュルガー病(=バージャー病) ○天疱瘡 ○脊髄小脳変性症 ○クローン病 ○難治性の肝炎のうち劇症肝炎 ○悪性関節リウマチ ○アミロイドーシス ○後縦靭帯骨化症 ○ハンチントン病(=ハンチントン舞蹈病) ○モヤモヤ病(=ウィリス動脈輪閉塞症) ○ウェゲナー肉芽腫症 ○特発性拡張型(うっ血型)心筋症 ○多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群) ○表皮水疱症 ○膿疱性乾癬 ○広範脊柱管狭窄症 ○原発性胆汁性肝硬変 ○重症急性膵炎 ○特発性大腿骨頭壊死症 ○混合性結合組織病 ○原発性免疫不全症候群 ○特発性間質性肺炎 ○網膜色素変性症 ○プリオン病(クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストライスラー・シャインカー病、家族性致死性不眠症) ○原発性肺高血圧症 ○神経線維腫症Ⅰ型(=レックリングハウゼン病)、神経線維腫症Ⅱ型 ○亜急性硬化性全脳炎 ○パッド・キアリ症候群 ○特発性慢性肺血栓栓症(肺高血圧型) ○ライソゾーム病(ファブリー病他29疾患) ○副腎白質ジストロフィー
- 必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はありません。(※5ページ■参照)

脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

- 脊椎(せきつい)の骨折や脱臼(だっきゅう)により、脊髄(せきずい)が損傷している状態をさします。
- そのうち、頸椎(けいつい)を損傷している場合であって、両手・両足のすべてに麻痺が認められる場合が対象となります。