

実際に送付した依頼文書の宛名には、個々の医療機関名が記されており、また、差出人である那覇市福祉事務所の所長印が押されています。

那 福 事 保 第 7 8 1 号  
平 成 3 0 年 8 月 1 5 日

生活保護法指定医療機関

〇〇〇〇〇〇〇〇〇 様

那覇市福祉事務所  
所長 長嶺 達也

## 生活保護の適正実施に係る調査へのご協力について（依頼）

残暑の候、貴下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。日頃より、本市生活保護行政にご理解ご協力を頂き、誠にありがとうございます。

さて、みだしの適正実施を図る上で、保護受給者の病状の把握が欠かせないことから、指定医療機関の皆様には、これまでもご協力を頂いて参りました。すなわち、ご担当医にお時間を頂き、病状についてのご説明を、本所の生活保護ケースワーカーが、直接聞かせて頂きました。

しかしこの方法によりますと、日時調整や、お忙しい合間を縫っての病状説明など、少なからずご負担になることがあるものと思われま。

つきましては、病状についての調査は、特に急を要するなど、従来の方法によらざるを得ない場合を除き、今後は文書により行わせて頂きたいと考えております。

文書による調査の開始は 9 月からとし、概ね下記のとおり実施いたしますので、引き続きご協力をお願いいたします。

### 記

#### 1. 文書による調査事項について

生活保護は、保護受給者がその能力を活用することを要件として行われます(生活保護法第 4 条第 1 項)。

また、他の法律に定める扶助は、生活保護に優先して行われます(同条第 2 項)。

さらに保護受給者の義務として、能力に応じて勤労に励むことや、健康の保持及び増進、支出の節約などに努めることが定められています(同法第 60 条)。

これらのことは、保護受給者の病状や受診状況との関わりが深いことから、適正実施のため、次の事項について、随時確認させて頂く必要があります。

- (1) 病状、治療の見込期間
- (2) 就労の可能性及びその程度
- (3) 他の制度活用の可能性（年金、手帳、他の公費医療等）
- (4) 適正受診に関すること（受診回数、療養状況等）
- (5) その他保護の適正実施に必要な事項

#### 2. 調査票について

調査票の名称は「生活保護の適正実施に係る調査票」とさせていただきます。

一例として、特定医療費(指定難病)の活用可能性について調査させて頂く時に用いる予定の調査票を同封させていただきますが、他の事項についての調査票も、概ね同様の様式とする予定です。

### 3. ご提出方法について

次の(1)または(2)の方法でお願いします。

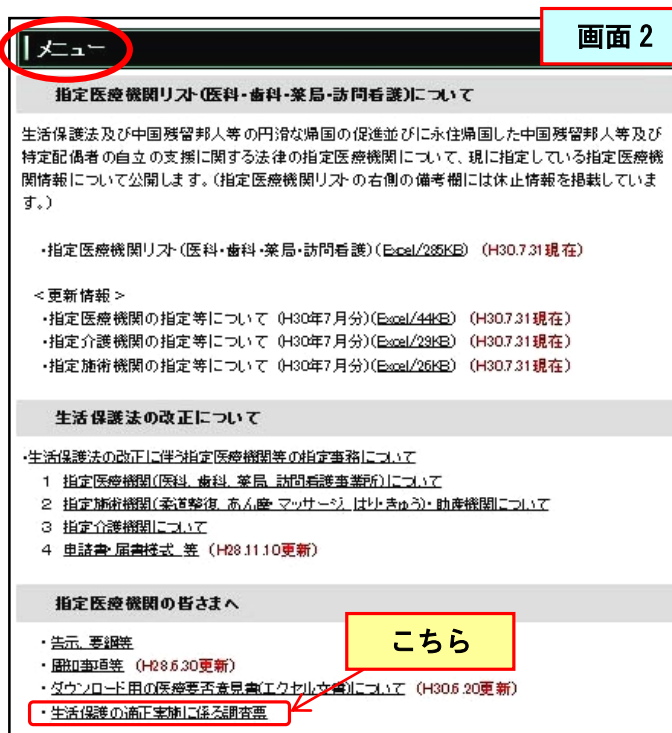
- (1) 郵送された調査票(紙文書)に手書きご記入の上ご提出
- (2) 本市ホームページからダウンロードした調査票にご入力の上、郵送された調査票(紙文書)とホッチキス留めしてご提出

<調査票の掲載場所について>

ア.「那覇市 保護管理課」でグーグル検索すると表示される「保護管理課 | 那覇市 Naha City」(「画面 1」)をクリックすると「画面 2」が開きます。



イ.「画面 2」の「メニュー」内にある「生活保護の適正実施に係る調査票」から入ると、ダウンロードできます(9月上旬掲載予定)。



### 4. 文書料について

指定医療機関医療担当規程(昭和 25 年 8 月 23 日 厚生省告示第 222 号)第 7 条に基づき、無償とさせていただきます。

以上

担当：保護管理課 医療班

電話：861-5193

年 月 日

〇〇病院 様

那覇市福祉事務所

## 生活保護の適正実施に係る調査票

### 1. 調査内容

貴院にて治療中の保護受給者の、他の公費医療活用の可能性について

### 2. 保護受給者

ケース番号	XXXXXX	氏名	×× ××	生年月日	XXX/XX/XX
住所	那覇市××××××××××××××××				

生活保護担当ケースワーカー： ××(X班)

### 3. 活用を検討する他の公費医療

特定医療費(指定難病)

### 4. 支給認定の可能性について

支給認定の対象となる病状が、裏面の厚生労働省<重症度分類>に示されています。

貴院にて治療中の表1の傷病の状態が、<重症度分類>に該当すると見込まれる場合は、「<重症度分類>該当見込み」欄の「該当」に ○ を、該当しないと見込まれる場合は、同欄の「非該当」に ○ をしてください。

表1 治療中の傷病名 及び <重症度分類>該当見込み

傷病名	ご記入欄	
	<重症度分類>該当見込み	
パーキンソン病	該当	非該当

※ 「傷病名」は××年××月基金審査分レセプトより

以上のとおり回答します。

年 月 日

(医療機関名の所在及び名称)

(担当医師氏名)

印

- ・調査票のご記入につきましては、指定医療機関医療担当規程(昭和25年8月23日厚生省告示第222号)第7条に基づき、無償とさせていただきます。ご了承ください。
- ・ご協力ありがとうございました。

## 6 パーキンソン病

### <重症度分類>

Hoehn-Yahr重症度分類3度以上かつ生活機能障害度2度以上を対象とする。

#### Hoehn-Yahr重症度分類

- |    |                                  |
|----|----------------------------------|
| 0度 | パーキンソニズムなし                       |
| 1度 | 一側性パーキンソニズム                      |
| 2度 | 両側性パーキンソニズム                      |
| 3度 | 軽～中等度パーキンソニズム。姿勢反射障害あり。日常生活に介助不要 |
| 4度 | 高度障害を示すが、歩行は介助なしにどうにか可能          |
| 5度 | 介助なしにはベッド又は車椅子生活                 |

#### 生活機能障害度

- |    |                           |
|----|---------------------------|
| 1度 | 日常生活、通院にほとんど介助を要しない。      |
| 2度 | 日常生活、通院に部分的介助を要する。        |
| 3度 | 日常生活に全面的介助を要し、独立では歩行起立不能。 |

#### ※診断基準及び重症度分類の適応における留意事項

1. 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えない（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限る。）。
2. 治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態であって、直近6か月間で最も悪い状態を医師が判断することとする。
3. なお、症状の程度が上記の重症度分類等で一定以上に該当しない者であるが、高額な医療を継続することが必要なものについては、医療費助成の対象とする。