

## 人工呼吸器等装着者の認定基準について

### 【概要】

申請する疾病に起因して人工呼吸器または体外式補助人工心臓を装着している場合には、臨床調査個人票に使用している旨を記載。

下記の認定基準を満たしている場合には、月額自己負担上限額が 1,000 円に軽減されます。

### 1 人工呼吸器装着者

認定基準：①～④全てに該当すること。

- ①「人工呼吸器使用の有無」の項目が「1. あり」に該当
- ②「離脱の見込み」の項目が「2. なし」に該当
- ③「施行状況」の項目が「3. 一日中施行」に該当
- ④「生活状況」の各項目すべてが、「部分介助」または「全介助（不能）」のどちらかに該当

#### ■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input checked="" type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input checked="" type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

生活状況の項目すべてが「部分介助」または「全介助（不能）」のどちらかに○がついていること。

## 2 体外式補助人工心臓使用者

- (1) 疾病名：57 特発性拡張型心筋症  
58 肥大型心筋症  
59 拘束型心筋症

認定基準：「補助循環」の項目が「1. あり」「2. 体外式」に該当し、内容に体外式補助人工心臓を装着している旨が記載されていること。

補助循環	<input checked="" type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 1. 体内式 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 体外式
	内容 体外式補助人工心臓装着
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

- (2) 疾病名：166 弾性線維性仮性黄色腫  
167 マルファン症候群  
168 エーラス・ダンロス症候群  
188 多脾症候群  
189 無脾症候群  
207 総動脈幹遺残症  
208 修正大血管転位症  
209 完全大血管転位症  
210 単心室症  
211 左心低形成症候群  
212 三尖弁閉鎖症  
213 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症  
214 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症  
215 ファロー四徴症  
216 両大血管右室起始症  
217 エプスタイン病  
287 エプスタイン症候群  
294 先天性横隔膜ヘルニア

認定基準：「使用の有無」の項目が「1. あり」に該当し使用開始時期が記載されていること。

### ■ 体外式補助人工心臓に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 2 0 1 5 年 0 3 月