

宮城県遷延性意識障害者治療研究事業実施要綱

(目的)

第1 遷延性意識障害者（以下「意識障害者」という。）に対する治療は極めて困難で、かつ長期にわたり、あわせて医療費等も高額になるので、治療研究を積極的に推進し、治療方法の確立と患者家族の経済的負担軽減を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2 この事業の実施主体は、宮城県とする。

(協議会)

第3 知事は、意識障害者の治療研究事業を円滑に推進するため、宮城県特定疾患等及び遷延性意識障害治療研究協議会（以下「協議会」という。）に対し、審査及び助言を求めものとする。

(実施方法)

第4 知事は、治療研究事業を行う医療機関及び介護保険法に定める指定居宅サービス事業所（以下「治療研究機関」という。）に対し、事業に要する経費を交付し、治療研究を推進させるものとする。

2 知事は、治療研究機関から申請書を受理したときは、協議会の審査及び助言を受けるものとする。

(治療研究対象者)

第5 治療研究の対象者は、治療研究機関において治療を受けている意識障害者で、県内に住所を有し、別表1の診断指針相当の症状があり、知事が適当と認めたものとする。

(治療研究期間)

第6 治療研究期間は、同一患者につき12か月を限度とする。ただし、必要と認める場合はその期間を延長できるものとする。

(治療研究事業の実施申請)

第7 治療研究機関になろうとする医療機関は、別紙様式第1号の1の遷延性意識障害者治療研究事業実施・継続申請書に次の書類等を添付して知事に申請するものとする。ただし、(3)から(5)に掲げる添付書類については、原則として初めての申請時に限るものとする。

(1) 治療研究対象者の住民票

(2) 治療研究対象者の直近過去2か月分のレセプトの写し

(3) 治療研究対象者の脳の画像フィルム

(4) 治療研究対象者の健康保険に係る保険者による所得区分等の証明書。ただし、受療助成費（介護保険に係るものを除く。）の交付を受ける場合に限るものとする。

(5) 治療研究対象者が重度心身障害者医療費助成制度を使用しない場合は、市町村による当該制度の対象外であることの証明書

2 治療研究機関になろうとする介護保険法に定める指定居宅サービス事業所は、別紙様式第1号の2の遷延性意識障害者治療研究事業実施・継続申請書に次の書類等を添付して知事に申請するものとする。

(1) 本事業の承認を受けている治療研究機関の主治医の治療研究対象者に係る訪問看護指示書

(2) 治療研究対象者の直近過去2か月分の訪問看護療養費明細書等（介護保険利用者にあつては介護給付費明細書等）

3 知事は、申請の審査に必要と認めるときは、追加の書類の提出を求め、又は現地調査を行うことができる。

(治療研究事業決定通知)

第8 知事は、第7の申請書を受理したときは、協議会の審査及び助言を受けるものとする。

2 知事は、承認・不承認を決定の上、別紙様式第2号の遷延性意識障害者治療研究事業承認・不承認決定通知書により申請者に通知するものとする。

(治療研究内容の変更)

第9 治療研究機関は、第8により承認を受けた治療研究内容に変更が生じた場合は、別紙様式第3号の1又は第3号の2の遷延性意識障害者治療研究事業研究方法変更承認申請書（以下「変更申請書」という。）を、変更のあった日から10日以内に知事に提出しなければならないものとする。

2 知事は、上記変更申請書を受理したときは、第8の例により申請者に通知するものとする。

(障害者別中止報告)

第10 治療研究機関は、第8により承認を受けた治療研究対象者に係る治療研究を中止したときは、別紙様式第4号の遷延性意識障害者治療研究障害者別中止報告書を当該中止の日から10日以内に知事に提出しなければならないものとする。

(治療研究事業費)

第11 知事は、治療研究機関に対し、治療研究に要する経費（以下「治療研究費」という。）を予算の範囲内で、別表2の遷延性意識障害者治療研究事業費交付基準により交付するものとする。

(治療研究事業費等の請求支払)

第12 治療研究機関は、別表2により算出した毎月の治療研究費を翌月15日まで、別紙様式第5号の遷延性意識障害者治療研究事業費請求書（以下「請求書」という。）により、知事に請求するものとする。

2 治療研究機関は、8月診療分の請求を行うときは、第7(4)(5)の証明書を添付しなければならない。ただし、第7(5)の証明書は受療助成費の医療費を請求する場合に限るものとする。

3 知事は、請求書を受理したときは、内容を審査し、適当と認めたときは、治療研究費

を請求者に支払うものとする。

(治療研究事業実績報告)

第13 治療研究機関は、治療研究事業が終了（年度終了又は全治療研究対象者の中止による。）したときは、別紙様式第6号の遷延性意識障害者治療研究実績報告書を事業が完了した日から30日以内に知事に提出するものとする。

(その他)

第14 この要綱に定めるもののほか、宮城県遷延性意識障害者治療研究事業の実施に関し必要な事項は、別に定める。

附則

この要綱は、昭和48年8月1日から施行する。

附則

この要綱は、昭和50年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、昭和53年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、昭和55年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、昭和56年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、昭和61年8月1日から施行する。

附則

- 1 この要綱は、平成2年10月11日から施行する。
- 2 この要綱施行前に、改正前の要綱に基づき提出された申請書等については、改正後の要綱に基づき提出されたものとみなす。

附則

この要綱は、平成4年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成6年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成13年10月12日から施行し、改正後の宮城県遷延性意識障害者治療研究事業実施要綱の規定は平成12年4月1日から適用する。

附則

- 1 この要綱は、平成14年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行前に、改正前の宮城県遷延性意識障害者治療研究事業実施要綱第9の協議会の承認を受けた治療研究機関は、この要綱の施行の際に改正後の宮城県遷延性意識障害者治療研究事業実施要綱第8の知事の承認を受けたものとみなす。

附則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附則

- 1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行前に、改正前の要綱に基づき提出された申請書等については、改正後の要綱に基づき提出されたものとみなす。
- 3 改正後の要綱の第12第2項の規定は、平成21年度に限り、「治療研究機関は、4月及び8月診療分の請求を行うときは、第7（4）（5）の証明書を添付しなければならない。ただし、第7（5）の証明書は受療助成費の医療費を請求する場合に限るものとする。とする。

附則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

別表 1

遷延性意識障害者診断指針

遷延性意識障害とは、正常な生活を行っていた人が疾病又は事故により 3 か月以上種々の治療にもかかわらず次の 6 項目をみたす状態にあるものをいう。

- 1 自力移動が不可能である。
- 2 自力摂取が不可能である。
- 3 尿，尿失禁状態にある。
- 4 声を出しても意味のある発言が全く不可能である。
- 5 眼を開け，手を握れと言うような簡単な命令にはかろうじて応ずることもあるが，それ以上の意思疎通が不可能である。
- 6 眼球はかろうじて物を追っても認識はできない。

別表 2

遷延性意識障害者治療研究費交付基準

種 目	基 準 額	対 象 経 費
治療研究費 1 患者・家族支援費 2 褥瘡予防費 3 受療助成費 4 治療研究機関事務費	2, 500円／入院患者1日当たり 400円／患者1日当たり ① 患者の医療費（健康保険を適用するものに限る。）のうち自己負担金 ② 介護保険の居宅療養管理指導費，訪問看護費，訪問リハビリテーション費のうち自己負担金 ③ 介護療養型医療施設入院時における特定診療費のうち自己負担金 ④ 介護医療院入所時における特別診療費のうち自己負担金 ⑤ 入院時食事療養に係る標準負担額。ただし，入院時生活療養費の対象者で入院医療の必要性の高い患者として，入院時生活療養費が入院時食事療養費と同額の負担額となる場合は，当該入院時生活療養費を入院時食事療養費とみなす。 月額：患者2人まで5,000円とし，3人目から，1人増す毎に2,000円	治療研究機関において遷延性意識障害者の治療研究に要する経費
適 用 範 囲		
1 患者・家族支援費及び褥瘡予防費は，国の重度後遺障害者介護料の支給者については支給しない。 2 患者・家族支援費の全部又は一部を，治療研究機関が家族に支給するときは，別紙家族介護届出書を事前に提出することを要する。 3 在宅管理にある患者については，上記「2」から「4」を適用することができる。 4 受療助成費のうち①は，健康保険の高額療養費の算定方法による自己負担額を上限額とし，重度心身障害者医療費の支給を受けることができる患者については，支給しない。 5 受療助成費のうち②及び③は，介護保険の高額介護サービス費の算定方法による自己負担額を上限額とする。 6 受療助成費は，交通事故，労働災害等による被害者で損害保険等によって医療費が支払われている患者については，支給しない。		

家 族 介 護 届 出 書

宮城県知事 殿

治療研究機関の長
(又は患者家族)

家族介護について、下記のとおり届出します。

記

患者氏名	介護者氏名 (続柄)	医 療 機 関 記 入 欄			
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 (時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 (時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 (時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 (時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 (時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 (時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 (時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 (時間)
		イ. 介護実施	有・無	ロ. 介護状況	・家族の希望 有・無 ・毎日介護 有・無 ・1日平均介護時間 (時間)

- 注) 1 介護者氏名については、主たる介護者を記載してください。
 2 医療機関記入欄については、該当項目に○を付け、1日平均介護時間の欄は()内に時間数を記入してください。
 3 この届出書は実施・継続申請の際に添付してください。