

(2) おむつ代に係る医療費控除の手続きの簡素化について

○おむつ代に係る医療費控除の取扱いについては、

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」(昭和62年12月18日付け
健政発第659号・健医発第1376号・社老第128号・保文発第851号国税庁長官
宛て厚生省健康政策局長・保健医療局長・社会局長・保険局長連名照会)、
及び同(昭和62年12月24日付け直所3-11 国税庁次長回答) → 別添(参考)
により示されていたところであるが、この取扱いについて、平成14年度税制改正
要望の結果、簡素化を図ることとされた。

○その概要については、別添(案)のとおりである。

なお、

- ①別添(案)については、現在調整中のものであり、正式には、国税庁に通知の
形で照会し、回答を得た上で、通知によりお示しする予定である。
- ②また、本手続が認められるのは、平成14年に使用したおむつ代分(平成15
年に確定申告する分)からであり、平成13年までに使用したおむつ代分
(今年確定申告する分)は、従来どおりの手続による。

ので、御留意願いたい。

(案)

おむつ代に係る医療費控除の手続の簡素化について

(経緯)

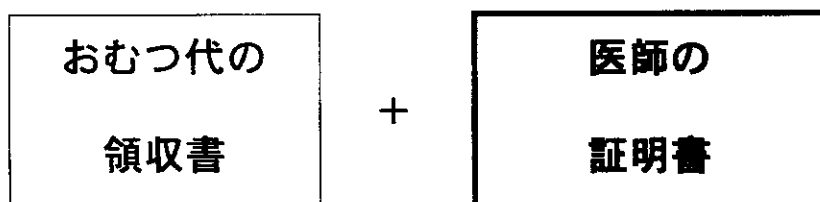
- 現在、おむつ代が医療費控除の対象として認められるためには、
 - ・ 寝たきり状態にあること
 - ・ 治療上おむつの使用が必要であることの、医師が発行した「おむつ使用証明書」が必要とされている。
- しかし、毎年、確定申告の際に医師が発行した証明書が必要となる手続について、簡素化すべきとの要望があり、以下により簡素化を図るもの。

(簡素化の概要)

- 介護保険法に基づく要介護認定の申請をした者については、当該申請を受理した市町村が、その者の主治の医師に対して、その者の疾病、負傷の状況等について意見を求めることとされており、その「主治医意見書」において、
 - ・ 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）
 - ・ 尿失禁の発生可能性の有無について、記載することとされている。
- この「主治医意見書」を活用し、1年目の状態が継続していることを確認することにより、2年目以降、医師が発行した証明書に代えることができることとする。

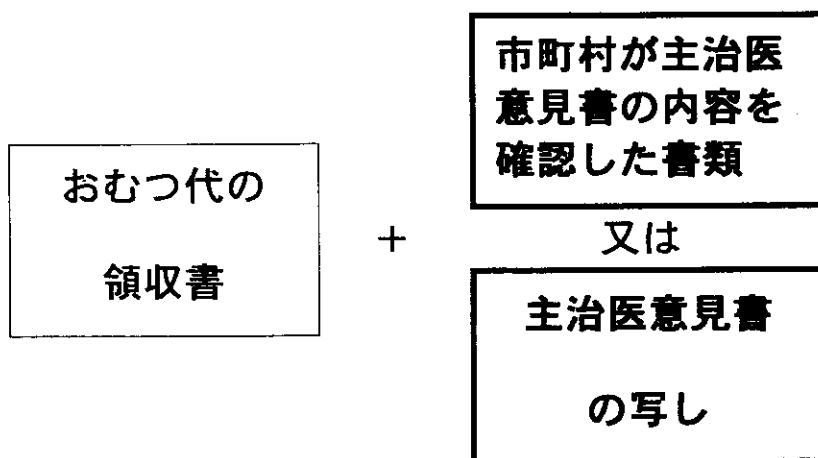
<現行>

- ・ 毎年の確定申告の際に、以下の書類が必要。



<改正後>

- ・ 2年目以降は、以下の書類の提示又は添付でも可とする。



- ※ 「主治医意見書」（おむつを使用した年に作成されたもの）の
- ・ 「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」
が「寝たきり度B又はC」（寝たきり）
であり、かつ
 - ・ 「尿失禁の発生可能性」
が「あり」
であれば可とする。

(具体的な手続)

- おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降である者については、医師が発行した「おむつ使用証明書」がなくとも、以下の手続により、おむつ代を医療費控除の対象として認める。

① a 市町村が「主治医意見書」の内容を確認した書類による場合

1. 本人が市町村に、主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項の確認を申出。
2. 市町村が、主治医意見書の以下の事項を記載した書類を発行。
 - ・ 主治医意見書の作成日
 - ・ 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）
 - ・ 尿失禁の発生可能性

(別紙1・・・様式例)

※ 2年目以降であり、おむつ代の医療費控除の証明に利用できるものである場合に発行。

※ この手続を行うかどうかは各市町村の任意の判断。なお、転記事項は上記の3点のみであり、主治医意見書の記載の転記について、事前に地元医師会等の包括的な了解を得ておくことにより、市町村及び主治医の事務負担の軽減を図ることが考えられる。

①b 「主治医意見書」の写しによる場合

1. 本人が主治医意見書の写しを請求。
2. 主治医意見書の写しを発行。
(別紙2・・・主治医意見書の様式)

※ 主治医意見書の写しについては、要介護認定のために作成された主治医意見書の写しであることが分かるものであることが必要(原本の写しであることが記載されている等)。

※ おむつ代の医療費控除の証明に利用できないものである場合には、利用者にその旨を説明し、おむつ代の医療費控除の証明のための主治医意見書の写しの発行は行わない。

※ なお、現在、93%の市町村で、主治医意見書の情報開示が行われている。(85%の市町村では、情報開示に当たって、記載医師の同意を必要としている。)

② 確定申告の際に、以下の書類を提示又は添付する。

- ア 上記①のa又はbの書類
- イ おむつ代の領収書

(実施時期)

- 平成14年に使用したおむつ代分から。(平成15年に確定申告する分から。)

(別紙1)

平成 年 月 日

〇〇市(町村)長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

住所

氏名

被保険者番号

平成 年 月 日

住所

氏名 様

〇〇市(町村)長

貴方からの申出に基づき、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

1. 主治医意見書の作成日

平成 年 月 日

2. 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) (該当するものに○)

B 1 B 2 C 1 C 2

3. 尿失禁の発生可能性

あり

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒	連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____				
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()			

①おむつを使用した当該年に作成されたものであること。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 理解および記憶	・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> が必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられ <input type="checkbox"/> 伝えられない ・食事 <input type="checkbox"/> 自立ない <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()

②「B1～C2」(寝たきり)であること。

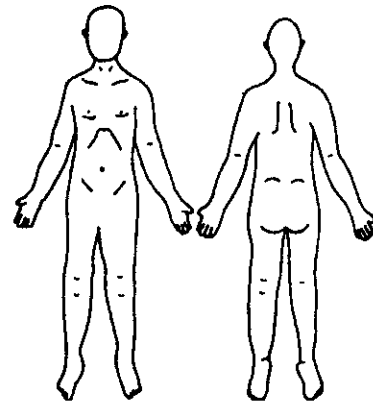
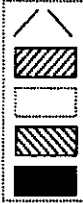
(4) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 体重= kg 身長= cm
四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)
麻痺 (部位: 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)
その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)
関節の拘縮 ・肩関節 右 左 ・股関節 右 左
・肘関節 右 左 ・膝関節 右 左
失調・不随意運動・上肢 右 左 ・体幹 右 左
・下肢 右 左

凡例



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
→ 対処方針 ()

(2) 医学的管理の必要性

訪問診療 訪問看護 訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション
訪問歯科診療 訪問歯科衛生指導 訪問薬剤管理指導
訪問栄養食事指導 その他 ()

③「尿失禁の発生可能性」が「あり」であること。

引いて下さい)

(3) 介護サービス(入浴サービス、訪問介護等)における医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり ()
・嚥下について 特になし あり ()
・摂食について 特になし あり ()
・移動について 特になし あり ()
・その他 ()

(4) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

Large empty box for additional notes.

おむつに係る費用の医療費控除の取扱
いについて（昭和六十二年十二月十八
日付健政発第六五九号、健医発第一三
七六号、社老第一二八号及び保文発第
八五一号照会に対する回答）

〔昭和六二・一二・二四 直所三一―一〕
標題のことについては、貴見のとおりで差
し支えありません。

おむつに係る費用の医療費控除の取扱
いについて

〔昭和六二・一二・一八 健政発六五九
・健医発一三七六・社老一二八・保文
発八五一〕

いわゆる寝たきり老人は、疾病に対する抵
抗力が弱く、病状が長期化、重篤化し、更に
合併症を起こすが、然性が極めて高いため、
一般の患者に比べ疾病の治療が非常に困難で
ある。また、寝たきり老人でなくても、傷病
により寝たきりとなつた者についてもこれと
同様であり、このような者の疾病の治療を行
う上においては、おむつの使用が欠かせない
現状にある。

このため、これらの者の治療を継続的行
つていく医師が、その治療上おむつを使用す
ることが必要であることを認め、左記1の者
を対象として左記2の証明書を発行した場合
のそのおむつに係る費用（紙おむつの購入費
用及び貸おむつの賃借料）は、医師の治療を
受けるため直接必要な費用と認められ、医療
費控除の対象となると解されるが、貴庁の見
解を承りたく照会する。

なお、おむつに係る費用が医療費控除の対
象として認められる場合は、当該証明書は昭
和六十三年一月一日以後発行させることとす
る。

1 対象者 記

医師の診療時において左記の条件のい
ずれも満たす者

- ① 傷病によりおむね六か月以上にわた
り寝たきり状態にあると認められる者
- ② 当該傷病について医師による治療を継
続して行う必要がある、おむつの使用が
必要と認められる者

2 証明書

- (1) 様式……別紙「おむつ使用証明書」
- (2) 記載者……寝たきり状態の原因となつ
た傷病について継続して治療を行つてい
る医療機関の医師
- イ 入院（所）中及び退院（所）時……
入院（所）した医療機関の医師が記載
する。
- ロ 在宅で治療中……継続して治療を行
つていく医療機関の医師が記載する。

おむつ使用証明書				
患者	住所			
	氏名	殿	性別	男・女
	生年月日	年 月 日生		
傷病名	によりおおむね6か月以上にわたり寝たきり状態にある又はあると認められる。			
治療状況	入院(所)中		在宅で治療中	
必要期間	始期 (イ) 年 月 日から 又は (ロ) 年1月1日から 終期 (イ) 年 月まで 又は (ロ) 同年末まで (※ (イ) 又は (ロ) のいずれかを○で囲んでください。)			
<p>上記の者は、頭書の傷病により、必要期間中の治療に際し、おむつの使用が必要であることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>医師氏名 _____ (印)</p> <p>(注) 1 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。</p> <p>(注) 2 「必要期間」とは、当該年において患者が上記の状態にあることが認められる期間とし、当該年の1月1日以前からおむつが必要であり、かつ、1年以上にわたってその必要性が認められる場合には、同欄の始期と終期のいずれにおいても(ロ)を○で囲むこと。なお、必要期間経過後において更に治療のためおむつが必要と認められることとなった場合は、改めて証明書を発行すること。</p>				

- ① この証明書は、おむつ代(紙おむつの購入料及び貸おむつの賃借料をいう。以下同じ。)について医療費控除を受けるために必要です。
- ② 医療費控除を受けるためには、この証明書とおむつ代の領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示することが必要です。
- ③ おむつ代の領収書は、患者の氏名及び成人用のおむつ代であることが明記されたものであることが必要です。