



社援保発第0404001号

平成20年 4月 4日

都道府県
各 指定都市 民生主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省社会・援護局保護課長

医療扶助における移送の給付決定に関する審査等について

医療扶助の移送費については、今般、「生活保護法による医療扶助運営要領の一部改正について」（平成20年4月1日社援発第0401005号）により、その取扱いが示されたところであるが、その給付決定に関する事務手続き等について下記のとおり定めたので、各福祉事務所に周知の上、保護の実施に遺漏のないよう配慮されたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の9第1項及び第3項の規定による処理基準としたので申し添える。

記

1 趣旨・考え方

医療扶助の移送については、生活保護法による保護の基準（昭和38年4月1日厚生省告示第158号）において「移送に必要な最小限度の額」とされていたところ、各自治体においてその取扱いが必ずしも統一されていなかったことから、今般、給付範囲等の基準とともに審査等の手続きについても明確化を図ることとする。

移送の給付の必要性については、診察、治療等に係る医療扶助の給付の必要性とは別途の観点から判断する事項（移送の必要性、交通手段の妥当性等）があり、福祉事務所において責任をもって審査する必要がある。

今回の移送の給付の基準は、

- ① 地域の一般世帯を対象とした国民健康保険の例によるところの一般的給付と
- ② それにより難しい場合について、特に生活保護（医療扶助）に限り認められる例

外的給付と

に分かれる。

このうち、①の一般的給付の場合には、国民健康保険の例に該当するかどうかを検討した上で支給することとなる。これに対して、②の例外的給付の場合には、医療扶助独自の給付であることから、より根拠のある形での審査等が福祉事務所に求められることとなる。

いずれの場合においても、不必要な給付は論外であるが、支給する場合であっても受給者間での不公平が生じないようにするほか、合理的な経路による必要な最小限度の範囲で支給するなど、国民の目線に立った運用が肝要である。

2 基本的な手続きの流れ

移送の給付は、原則として、被保護者からの事前の申請に基づき行われるものであり、その基本的な手続きの流れは、別紙1のとおりである。申請に当たっては「生活保護法による医療扶助運営要領について」（昭和36年9月30日社発第727号厚生省社会局長通知。以下「医療扶助運営要領」という。）に定める様式第12号を利用すること。

3 給付の範囲

移送の給付について申請があった場合には、その内容が次のア又はイのいずれかに該当するか検討すること。これに該当しない場合には、移送の給付申請を却下すること。

ア 一般的給付

国民健康保険の例により、次に掲げる範囲で行われる移送の給付

(ア) 負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に搬送される場合

(イ) 離島等で疾病にかかり、又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ、傷病が発生した場所の付近の医療機関では必要な治療は不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供が受けられる最寄りの医療機関に搬送する場合

(ウ) 移動困難な患者であって、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等から十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院する場合

(エ) 医療の対象として認められている移植手術を行うために、臓器等の摘出を行う医師等の派遣及び摘出臓器等の搬送に交通費又は搬送代が必要な場合（ただし、国内搬送に限る。）

イ 例外的給付

上記アの範囲で対応が困難な場合であって、個別にその内容を審査した上で、次に掲げる範囲で行われる移送の給付

- (ア) 身体障害等により、電車・バス等の利用が著しく困難な者であって当該者が最寄りの医療機関に受診する際の交通費が必要な場合
- (イ) へき地等により、最寄りの医療機関に電車・バス等により受診する場合であっても当該受診に係る交通費の負担が高額になる場合
- (ウ) 検診命令により検診を受ける際に交通費が必要となる場合
- (エ) 医師の往診等に係る交通費又は燃料費が必要となる場合

4 給付手続き

(1) 一般的給付

被保護者から申請のあった移送の給付について、その内容を検討した結果、上記3のアに該当するときは、移送の給付を決定することとする。給付の決定に当たっては、移送により医療扶助に基づく適切な療養を受けることを指示すること。

なお、緊急の場合であって、事前の申請が困難なやむを得ない事由があると認められる場合には、事後の申請であっても上記3のアに該当するときは、移送の給付を決定することとする。

(2) 例外的給付

被保護者から申請のあった移送の給付について、その内容を検討した結果、上記3のイに該当するときは、以下の事項について十分な検討を行った上で、給付を決定すること。

ア 上記3のイ（ア）に該当する場合

(ア) 給付対象となる医療機関の適否

必要な医療の提供が可能な医療機関のうち最寄りの医療機関で受診することが基本となる。これにより難しい場合であっても、移送の給付を決定する場合の受診医療機関の範囲は、原則として福祉事務所管内に限ることとされていることから、これを踏まえた審査を行うこと。したがって、福祉事務所管外への受診が必要と思われる場合には、特に、その必要性について十分な検討を行うこと。受診する医療機関への通院が移送の給付の対象となるかについては、嘱託医協議、主治医訪問等により調査を行い、一般世帯の通院状況も参考に判断すること。それに加え、嘱託医及び主治医以外の医師の意見（以下「セカンドオピニオン」という。）を得るため、福祉事務所が指定する医療機関で検診を受けさせる検診命令（以下単に「検診命令」という。）を適宜活用すること。

(イ) 給付対象となる交通機関の適否

一般世帯の通院手段と被保護者の病状・障害等の状況等に照らして判断することが基本となる。タクシー等の利用については、病状・障害等の状況からタ

クシー等を必要とする真にやむを得ない理由があるか検討を行うこと。

地域の実態料金や複数事業者の見積り等を踏まえ、最も経済的な方法及び経路となっているか確認すること。

(ウ) 給付対象となる通院日数、通院頻度の適否

移送の給付との関係で通院日数、通院頻度に疑義がある場合には、嘱託医協議、主治医訪問等により調査を行うこと。それに加え、セカンドオピニオンを得るための検診命令を適宜活用すること。

(エ) 費用の適否

複数の受診科目において治療を必要とする場合については、その必要性を確認するとともに、同一医療機関における同日での受診の可否など、最も経済的な方法での受診についても併せて検討を行うこと。

また、介護料金等について、介護保険法、障害者自立支援法等により通院等の介助に係るサービスが活用できる場合は、当該介護サービスの活用を図ること。

イ 上記3のイ（イ）に該当する場合

(ア) 給付対象となる医療機関の適否

受診する医療機関について、被保護者の病状・障害等を勘案し、徒歩や自転車等で通院できる範囲内に適当な医療機関がないか検討すること。

また、受診医療機関の範囲は、原則として、福祉事務所管内に限ることとされていることから、福祉事務所管外への受診が必要と思われる場合には、特に、その必要性について十分な検討を行うこと。

必要な医療の提供が可能な医療機関のうち最寄りの医療機関であるかについて、嘱託医協議、主治医訪問等により調査を行い、一般世帯の通院の状況も参考に判断すること。それに加え、セカンドオピニオンを得るための検診命令を適宜活用すること。

(イ) 給付対象となる交通機関の適否

移送の際に利用する交通機関については、電車・バスのほか、医療機関が運行する病院バスなど、一般の運送事業者以外の交通手段の有無についても確認を行った上で、最も経済的な経路・方法により通院が可能な交通機関を、福祉事務所において決定すること。

(ウ) 給付対象となる通院日数、通院頻度の適否

移送の給付との関係で通院日数、通院頻度に疑義がある場合には、囑託医協議、主治医訪問等により調査を行うこと。それに加え、セカンドオピニオンを得るための検診命令を適宜活用すること。

5 給付決定の際の被保護者への説明

事前申請の場合には、対象となる被保護者に対して、以下の点について、周知徹底を図ること。また、給付に際しては、通院する医療機関において必要事項の記載を受けた通院証明書を事後的に福祉事務所に提出させるよう指示すること。

ア 移送の給付については、福祉事務所が最も経済的な経路・手段として認めたものに限り給付を行うものであり、福祉事務所が認めた以外の経路・手段を用いたことにより余分にかかる交通費については、給付の対象と認められないこと。

また、休日・夜間等における急病等の場合を除き、事前に申請のなかったものは、給付の対象とならないこと。

イ 給付の対象となる範囲は、療養に必要な最小限度の日数に限られるものであり、容体の急変などやむを得ない理由がある場合を除き、当該日数を超えた受診にかかった交通費については、移送費の給付対象として認められないこと。

ウ タクシー等の利用を認めた場合については、タクシー等を利用した際に領収書(レシート)をもらうとともに、後日、福祉事務所に領収書(レシート)を提出すること。領収書(レシート)の無いものについては給付対象として認められないこと。

エ タクシー等の利用について、受診している時間の待機料については原則として給付対象とはならないこと。

6 通院実績等の確認

(1) 通院証明書の提出及び確認

被保護者から事後的に通院証明書を提出させ、移送の給付対象とした日数と差異がないか、レセプトに記載された日数と差異がないか確認すること。それにより、通院日数が移送の給付対象とした日数より過小であった場合については、乗車券又は費用の返還等必要な措置を講じること。

なお、過払いが生じた場合については、「生活保護法による保護の実施要領について」(昭和38年4月1日社発第246号厚生省社会局長通知)の第10-(8)の取扱いにより返還対象となる金額について次回支給月以後の収入充当額として計上するか生活保護法(昭和25年法律第144号)第63条の規定に基づく返還措置を講ずること。

(2) 移送の所要金額の確認

移送に要した費用については、領収書（レシート）によりその金額を確認すること。特にタクシー等による移送の場合、1回当たりの所要金額が、通院先までの距離等に照らして妥当な金額であるか、往復時のそれぞれの料金や複数回の平均所要額と比較して著しく高額な金額となっていないか確認を行い、著しく高額なものについては、正当な理由が認められる場合を除き、通院先までの一般的な金額や平均所要額により移送費の給付を行って差し支えないこと。ただし、不正受給に該当する場合又はそれが疑われる場合については、速やかに関係先調査を実施し、不正受給を行ったケースに対しては生活保護法第78条に基づく費用徴収、特に悪質なケースについては告発を検討するなど、厳正な対応を行うこと。

また、手書きの領収書など提出書類に疑義がある場合については、必要に応じて運送業者へ確認するなどの点検を行うこと。

7 給付内容の内部点検

(1) 通院の必要性

移送を給付したケースについては、医療機関や交通機関の選定、通院日数、費用等の妥当性について、要否意見書等で病状等に変化があった場合には、その都度に検証を行うこと。

また、要否意見書等により、病状等に変化ないと確認される場合であっても、医療扶助運営要領第3の3の(1)に基づき、医療扶助継続の要否を検討する際には、移送の給付内容の適否についても併せて点検を行うこと。

(2) 費用の妥当性

介護車両による移送を行っているケースについては、運送業者の選定（料金の妥当性）について、少なくとも6か月ごとに点検を行うこと。

なお、点検に当たっては、タクシー等による移送を行っているケースについては別紙2点検表を、介護車両や福祉自動車等による移送を行っているケースについては別紙3の点検表を参考にして組織的な点検を行うこと。

また、点検により問題があった場合については、速やかに是正措置を講じること。

8 給付決定の際の被保護者への周知等

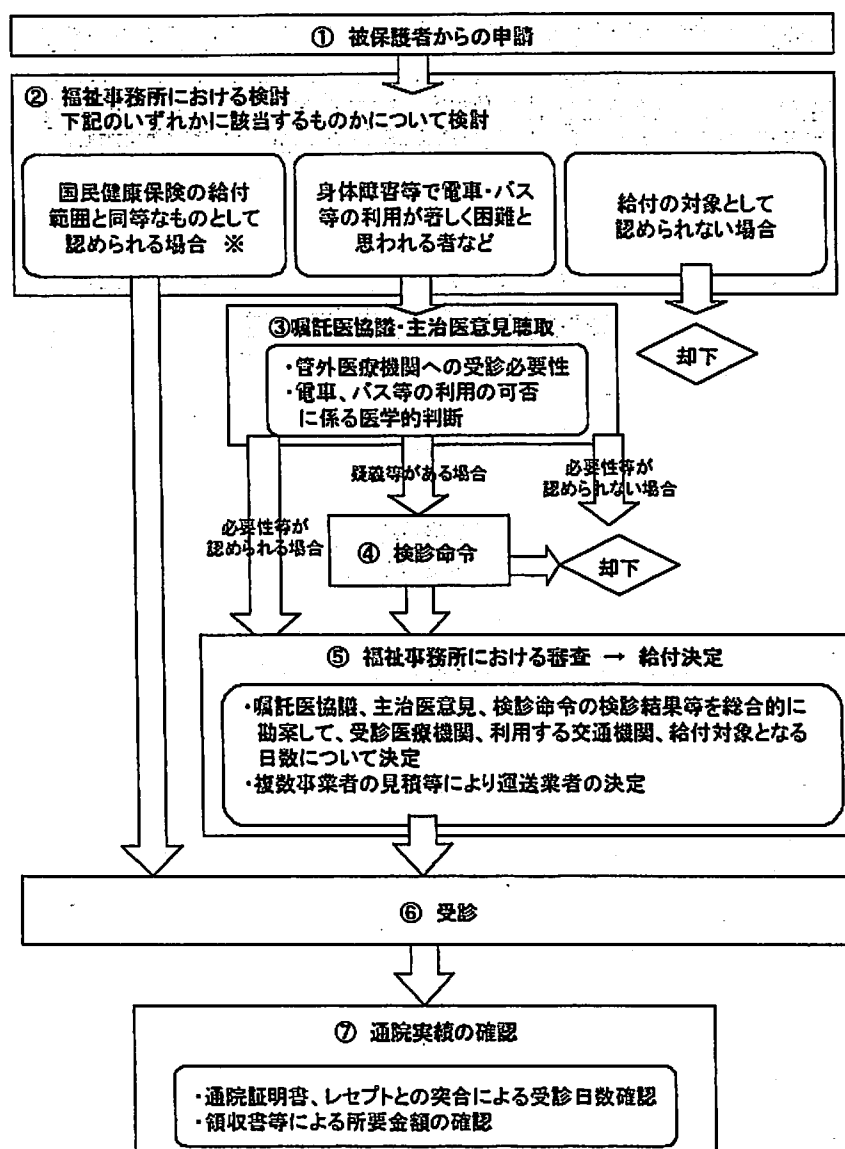
移送の給付に当たっては、被保護者に対して、移送の給付対象として認められる範囲及び内容について周知に努めること。その際、一般的給付の場合には、緊急の場合であって事前の申請が困難なやむを得ない事由があると認められるものが想定される

ことから、事後の申請であっても移送の給付が認められる場合があることについて適宜、周知徹底を図ること。

9 その他

本通知については、医療扶助における移送の給付決定に関する審査等の取扱いを定めたものであり、診察、治療等、移送以外の医療扶助全体の取扱いを規定したものではありませんことに留意されたい。

【移送費の給付決定に関する決定事務のフローチャート】



(※) 国民健康保険の給付範囲と同等なもの

- (ア) 負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急搬送される場合
- (イ) 離島等で疾病にかかり、又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ、傷病が発生した場所の付近の医療機関では必要な医療が不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関に移送を行う場合
- (ウ) 移動困難な患者であって、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により転院する場合
- (エ) 移植手術を行うために、臓器等の摘出を行う医師等の派遣及び摘出臓器等の搬送に交通費又は搬送代が必要な場合(ただし、国内搬送に限る。)

通院移送費（タクシー）点検表

福祉事務所

ケースNo.		被保護者名		年齢		担当者名		
医療機関名				点検対象月	年	月分		
病名								
移送経路								
給付日数	日	給付金額						円
1 医療機関の選定								
(1) 通院先は近隣の医療機関となっているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
(2) (1)で「いいえ」の場合 その医療機関に通う必要性について検討されているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
当該医療機関に通う必要性は						のため		
(3) 複数の医療機関に通院していないか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
(4) (3)で「いいえ」の場合 複数の医療機関に通う必要性について検討されているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
複数医療機関に通う必要性は						のため		
2 タクシー移送の必要性								
(1) タクシー移送の必要性について検討されているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
(2) 嘱託医協議、主治医意見聴取、検診命令等が必要に応じて行われているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
タクシー移送を必要とする理由は						により一般交通機関での通院が困難なため		
※身障手帳等、必要性を証明するものの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無								
3 通院日数								
(1) 通院日数の妥当性について検討が行われているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
検討方法 <input type="checkbox"/> 主治医調査 <input type="checkbox"/> 嘱託医協議 <input type="checkbox"/> 給付要否意見書（意見書記載の範囲内） （複数選択可）								
4 給付金額及び領収書の精査								
(1) 領収書の日付は通院証明書の証明印の日付（通院日）と一致しているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
(2) 通院先から見て1回当たりの料金は妥当か				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
(3) 身障施策（タクシー料金の割引等）の活用は検討されているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				

通院移送費（介護車両）点検表

福祉事務所

ケースNo.		被保護者名		年齢		担当者名		
医療機関名				点検対象月	年	月分		
病名								
移送経路								
給付日数	日	給付金額						円
1 医療機関の選定								
(1) 通院先は近隣の医療機関となっているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
(2) (1)で「いいえ」の場合 その医療機関に通う必要性について検討されているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
当該医療機関に通う必要性は				<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> のため				
(3) 複数の医療機関に通院していないか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
(4) (3)で「いいえ」の場合 複数の医療機関に通う必要性について検討されているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
複数医療機関に通う必要性は				<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> のため				
2 介護車両移送の必要性等								
(1) 介護車両移送の必要性について検討されているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
(2) 嘱託医協議、主治医意見聴取、検診命令等が必要に応じて行われているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
介護車両移送を必要とする理由は				<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> により通院に際し介助が必要のため				
※身障手帳等、必要性を証明するものの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無								
(3) 介護保険又は障害者施策による通院介助の活用について検討されているか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
(4) 他の運送事業者との料金比較など、運送事業者の選定が適切に行われているか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
3 通院日数								
(1) 通院日数の妥当性について検討が行われているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
検討方法 <input type="checkbox"/> 主治医調査 <input type="checkbox"/> 嘱託医協議 <input type="checkbox"/> 給付要否意見書（意見書記載の範囲内） （複数選択可）								
4 給付金額及び領収書の精査								
(1) 領収書の日付は通院証明書の証明印の日付（通院日）と一致しているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
(2) 通院先から見て1回当たりの料金は妥当か				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				
(3) 身障施策（タクシー料金の割引等）の活用は検討されているか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ※				