

保医発 第 0321001 号  
平成 20 年 3 月 21 日

地方社会保険事務局長  
地方厚生（支）局長  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険課（部）長  
都道府県老人医療主管部（局）  
老人医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長

四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に  
係る療養費の支給における留意事項について

四肢のリンパ浮腫治療のために使用される弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ及び弾性包帯（以下「弾性着衣等」と言う。）にかかる療養費の支給については、「四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給について」（平成 20 年 3 月 21 日保発第 0321002 号）により通知されたところであるが、支給に当たっての留意事項は以下のとおりであるので、周知を図りたい。

記

1 支給対象となる疾病

リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍（悪性黒色腫、乳腺をはじめとする腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍及び膀胱をはじめとする泌尿器系の骨盤内のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍）の術後に発生する四肢のリンパ浮腫

2 弾性着衣（弾性ストッキング、弾性スリーブ及び弾性グローブ）の支給

(1) 製品の着圧

30mmHg 以上の弾性着衣を支給の対象とする。ただし、関節炎や腱鞘炎により強い着圧では明らかに装着に支障をきたす場合など、医師の判断により特別の指示がある場合は 20mmHg 以上の着圧であっても支給して差し支えない。

## (2) 支給回数

1 度に購入する弾性着衣は、洗い替えを考慮し、装着部位毎に 2 着を限度とする。(パンティストッキングタイプの弾性ストッキングについては、両下肢で 1 着となることから、両下肢に必要な場合であっても 2 着を限度とする。また、例えば①乳がん、子宮がん等複数部位の手術を受けた者で、上肢及び下肢に必要な場合、②左右の乳がんの手術を受けた者で、左右の上肢に必要な場合及び③右上肢で弾性スリーブと弾性グローブの両方が必要な場合などは、医師による指示があればそれぞれ 2 着を限度として支給して差し支えない。)

また、弾性着衣の着圧は経年劣化することから、前回の購入後 6 ヶ月経過後において再度購入された場合は、療養費として支給して差し支えない。

## (3) 支給申請費用

療養費として支給する額は、1 着あたり弾性ストッキングについては 28,000 円(片足用の場合は 25,000 円)、弾性スリーブについては 16,000 円、弾性グローブについては 15,000 円を上限とし、弾性着衣の購入に要した費用の範囲内とすること。

# 3 弾性包帯の支給

## (1) 支給対象

弾性包帯については、医師の判断により弾性着衣を使用できないとの指示がある場合に限り療養費の支給対象とする。

## (2) 支給回数

1 度に購入する弾性包帯は、洗い替えを考慮し、装着部位毎に 2 組を限度とする。

また、弾性包帯は経年劣化することから、前回の購入後 6 ヶ月経過後において再度購入された場合は、療養費として支給して差し支えない。

## (3) 支給申請費用

療養費として支給する額は、弾性包帯については装着に必要な製品(筒状包帯、パッティング包帯、ガーゼ指包帯、粘着テープ等を含む) 1 組がそれぞれ上肢 7,000 円、下肢 14,000 円を上限とし、弾性包帯の購入に要した費用の範囲内とすること。

# 4 療養費の支給申請書には、次の書類を添付させ、治療用として必要がある旨を確認した上で、適正な療養費の支給に努められたいこと。

(1) 療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示書(装着部位、手術日等が明記されていること。別紙様式を参照のこと。)

(2) 弾性着衣等を購入した際の領収書又は費用の額を証する書類。

## 弾性着衣等 装着指示書

|          |                     |    |     |
|----------|---------------------|----|-----|
| 住 所      |                     |    |     |
| 氏 名      |                     | 性別 | 男・女 |
| 生 年 月 日  | 明・大・昭・平             | 年  | 月 日 |
| 診 断 名    |                     |    |     |
| 手術年月日    | 昭・平                 | 年  | 月 日 |
| 患 肢      | 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢     |    |     |
| 弾性着衣等の種類 | ストッキング・スリーブ・グローブ・包帯 |    |     |
| 着 圧 指 示  | mmHg                |    |     |
| 特 記 事 項  |                     |    |     |

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

平成 年 月 日

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名



## ※ 記載上の注意

- 1 各欄に記載又は該当項目に○を付すこと。
- 2 「手術年月日」欄について、他院で術を行った等の理由により詳細な日付は判らない場合は、「何年何月頃」との記載でも良い。
- 3 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記載すること。
- 4 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記載すること。
- 5 「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記載すること。