

5. 医療

●心身障害者の歯科診療

一般の歯科医療機関では対応が困難な障害のある人たちの口腔保健の向上を図っています。診療は電話による予約が必要です。

【申込み先】

都立心身障害者口腔保健センター 新宿区神楽河岸 1-1 セントラルプラザ8・9階

予約窓口 電話 03-3267-6480

FAX 03-3269-1213

●心身障害児（者）歯科相談等

心身に障害のある区民の方を対象として、歯科健診・相談、口腔内の清掃やフッ化物塗布、歯みがき指導等を行っています。費用は無料、予約制です。

【対象】

原則として18歳未満で、来所可能な区民の方

【内容】

◆歯科健診・相談

◆歯みがき指導、歯科予防処置等

【場所】

ひかり歯科相談室 墨田区横川5-7-4（すみだ保健子育て総合センター内）

【問合せ先】

健康推進課 地域保健担当 電話 03-5608-1462 FAX 03-3623-2108

●自立支援医療費（更生医療）の助成

18歳以上の身体障害のある方が対象となる医療を受ける際に発生する医療費を助成します。（自己負担分が1割になります。）また、世帯の所得状況に応じて月額負担上限額が設けられます。

※受診後の申請はできません。必ず事前に相談、申請し決定を受けてください。

【対象】

≪対象となる障害≫

視覚障害、聴覚障害、音声・言語・そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓機能障害、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害、免疫機能障害

≪対象となる医療≫

当該障害に対し確実な治療の効果が期待できるもの（内臓の機能の障害によるものについては、手術等によって障害が補われ、又は障害の程度が軽減することが見込まれるもの）に限られます。なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心臓移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法も対象となります。

※助成には要件があります、詳しくはお問い合わせください。

※原則として東京都心身障害者福祉センターの判定で医療が必要と認められた方。

※一定所得以上の方は、対象となる医療の種類によっては、更生医療の受給対象とならない場合があります。

【問合せ先】

障害者福祉課 障害者相談係 電話 03-5608-6165 または 5608-6166

FAX 03-5608-6423

●自立支援医療（育成医療）の助成

18歳未満の身体に障害を有する児童で、手術等によって障害の改善が見込まれる方に、指定した医療機関で医療の支給（医療費助成）をします。

【対象】

18歳未満で次の疾患に該当し、手術などにより確実な治療効果が期待される児童

◆肢体不自由、視覚、聴覚・平衡機能、音声・言語・そしゃく機能障害

腎臓、小腸、心臓、肝臓、その他の内臓障害、免疫機能障害

【支給制限】

医療費の1割と入院時食事療養費の標準負担額は自己負担となります。ただし、世帯の所得に応じて負担上限額を設定します。また、区市町村民税の所得割額が23万5千円以上の世帯は、原則としてこの事業の対象となりません。

【問合せ先】

健康推進課（すみだ保健子育て総合センター 2階）

電話 03-3622-9130 FAX 03-3623-2108

●自立支援医療（精神通院医療）の助成

精神疾患のため通院による継続的な治療を受ける場合の負担軽減を図る制度で、通常、医療保険では医療費の3割が自己負担となりますが、自立支援医療費制度を併用した場合、自己負担は原則1割に軽減されます。また、区市町村民税が非課税の世帯の方について自立支援医療費の自己負担額分の助成を行う制度があります。

申請に基づき東京都が審査を行い、認定された場合は、都知事から「自立支援医療受給者証（精神通院）」を交付します。

有効期間は1年で、継続（更新）申請の手続きは、毎年必要です。

【問合せ先】

健康推進課（すみだ保健子育て総合センター 2階）

電話 03-3622-9130 FAX 03-3623-2108

●小児慢性特定疾病医療費の助成

小児慢性特定疾病にかかれた方に対して医療券を交付し、保険証を使って診療・投薬などを受け、各種保険が適用された時の自己負担分を助成します。詳しくは各保健センターへお問い合わせください。

【問合せ先】

健康推進課（すみだ保健子育て総合センター 2階）

電話 03-3622-9130 FAX 03-3623-2108

●難病医療費の助成

難病等にかかられた方に対して医療券を交付し、保険証を使って診療・投薬などを受けた時の医療費の自己負担分を助成します。詳しくは各保健センターへお問い合わせください。

【問合せ先】

健康推進課 (すみだ保健子育て総合センター 2階)
電話 03-3622-9130 FAX 03-3623-2108

【難病医療費助成対象疾病一覧】

→109 ページ

●後期高齢者医療制度

対象となる方は 75 歳以上の方ですが、65 歳から 74 歳までで一定の障害のある方は、申請に基づき、東京都後期高齢者医療広域連合の認定を受けた場合、後期高齢者医療制度に加入することができます。

【要件】

次のいずれかの状態に該当する方

- ① 身体障害者手帳 1～3 級と 4 級の一部 ② 愛の手帳 1～2 度
- ③ 障害年金 1～2 級 ④ 精神障害者保健福祉手帳 1～2 級

【問合せ先】

国保年金課 長寿医療（後期高齢者医療）資格・給付担当
電話 03-5608-6192 FAX 03-5608-6402

●心身障害者（児）の一般疾患の診療サービス

一般病院では対応困難な心身障害者（児）の一般疾患の診療を行っています。あらかじめ受診する日時を予約することが必要です。初めて受診する方は、診療所等の他の医療機関からの紹介状が必要になる場合があります。各病院で確認してください。

【問合せ先】

都立東部療育センター	江東区新砂 3-3-25 電話 03-5632-8070（代表）予約専用電話 03-5632-0489 FAX 03-5632-8071
都立北療育医療センター	北区十条台 1-2-3 電話 03-3908-3001（代表）（内線 489・予約センター） FAX 03-3908-2984
都立大塚病院	電話 03-3941-3211（代表）予約専用電話 03-3941-5489 FAX 03-3941-6389

●産科医療補償制度

分娩に関連して発症した重度脳性まひのお子さまとその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、

脳性まひ発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に役立つ情報を提供すること等により、産科医療の質の向上等を図ることを目的とした制度です。

この制度は平成 21 年に創設され、公益財団法人 日本医療機能評価機構により運営されています。

【対 象】

次の基準をすべて満たす場合、補償対象となります。なお、お子さまの出生年によって基準が一部異なります。

① 令和 4 年 1 月 1 日以降に出生したお子さまの場合

- (1) 在胎週数が 28 週以上であること
- (2) 先天性や新生児期等の要因によらない脳性まひ
- (3) 身体障害者手帳 1・2 級相当の脳性まひ

②平成 27 年 1 月 1 日から令和 3 年 12 月 31 日までに出生したお子さまの場合

- (1) 出生体重 1,400g 以上かつ在胎週数 32 週以上、または在胎週数 28 週以上で所定の要件に該当すること
- (2) 先天性や新生児期等の要因によらない脳性まひ
- (3) 身体障害者手帳 1・2 級相当の脳性まひ

【補償金額】

補償対象と認定された場合は、総額 3,000 万円の補償金が支払われます。

【申請期間】

お子さまの満 1 歳の誕生日から満 5 歳の誕生日まで。ただし、極めて重症であって、医師が診断可能と判断する場合は生後 6 ヶ月から申請可能です。

【問合せ先】

詳細については、運営組織である公益財団法人 日本医療機能評価機構の産科医療補償制度のホームページを参照いただくか、以下の専用コールセンターにお問い合わせください。

・産科医療補償制度専用コールセンター

電話：0120-330-637

受付時間：午前 9 時から午後 5 時（土曜日、日曜日、祝日、年末年始を除く）

<http://www.sanka-hp.icqhc.or.jp/>

●心身障害者医療費助成制度（㊦マル障）

東京都が医療費保険診療分（診療・投薬・治療用装具等）の自己負担額の一部を助成する制度です。

【対 象】

区内に住所（身体・知的障害者更生施設等の入所者については、介護給付費等を区から支給されている方）を有する身体障害者手帳 1・2 級（内部障害は 3 級まで）、愛の手帳 1・2 度または精神障害者保健福祉手帳 1 級に該当する方

【支給制限】

次のいずれかに該当する方は、対象となりません。

- ① 健康保険未加入者 ② 生活保護受給者
- ③ ご本人（20 歳未満の方は被保険者）の所得が別表（→108 ページ）に定める限度額を超えている方
- ④ 65 歳以上で重度心身障害になった方
- ⑤ 重度心身障害になった年齢が 65 歳未満で、65 歳に達する日の前日までに「㊦受給者証」の交付申請を行わなかった方
※65 歳に達する日の前日とは、年齢計算に関する法律に基づき、誕生日の前々日になります。
- ⑥ 後期高齢者医療制度の加入者で、住民税が課税されている方

【助成内容】

- ① 住民税が課税されている方「㊦受給者証（一部）㊦食」を交付します。
保険診療の自己負担額から一部負担金（負担割合 1 割）を除いた額
- ② 住民税が課税されていない方「㊦受給者証 ㊦食」を交付します。
保険診療の自己負担額（自己負担なし）

【助成方法】

- ① 都の契約医療機関では、健康保険証と㊦受給者証を窓口で提示します。
- ② 都の契約医療機関以外で診療を受けたときは、保険の自己負担分をいったん支払い、㊦受給者証と領収書（保険点数記載のもの）を持って、区の窓口で㊦助成分を申請し、払い戻しを受けてください。

※18 歳まで（18 歳到達後最初に迎える 3 月 31 日まで）の方については、乳幼児医療費助成制度、子ども医療費助成制度、高校生等医療費助成制度を優先してご利用ください。

【助成対象とならないもの】

介護保険の利用者負担額や健康保険の対象とならない文書料、差額ベッド代、健康診断、予防接種などは㊦の助成対象になりません。

【資格取得申請に必要なもの】

- ① 身体障害者手帳または愛の手帳または精神障害者保健福祉手帳（有効期限が残っているもの）
- ② ご本人の健康保険の加入状況がわかるもの ③ 個人番号（マイナンバー）カード

【払い戻しの手続き時に必要なもの】

- ① ㊦受給者証 ② ご本人の健康保険の加入状況がわかるもの
- ③ ご本人の銀行口座情報 ④ 領収書（原本）
- ⑤ 健康保険から発行される支給決定通知書（高額療養費や付加給付、補装具費等が健康保険から給付される場合のみご提出ください。）

【問合せ先】

障害者福祉課 障害者給付係 電話 03-5608-6163 FAX 03-5608-6423