

医政総発1010第1号
障企発1010第1号
老総発1010第1号
令和6年10月10日

各 $\left(\begin{array}{c} \text{都道府県} \\ \text{市町村} \end{array} \right) \left(\begin{array}{c} \text{衛生} \\ \text{民生} \end{array} \right)$ 主管（部）局長 殿

厚生労働省医政局総務課長
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長
厚生労働省老健局総務課長
(公 印 省 略)

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」の一部改正について

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（平成14年7月1日付け医政総発第0701001号・障企発第0701001号・老総発第0701001号厚生労働省医政局総務課長、社会・援護局障害保健福祉部企画課長及び厚生労働省老健局総務課長連名通知）について、別添のとおり改正し、令和7年に確定申告を行う際より適用することとしました（ただし、令和6年以降の年分に係る申告に限る。）。つきましては、御了知の上、関係者、関係団体等に対し周知をお願いいたします。
なお、本通知の内容については、国税庁と協議済みであることを申し添えます。

おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて（平成14年7月1日付け医政総発第0701001号・障企発第0701001号・老総発第0701001号厚生労働省医政局総務課長、社会・援護局障害保健福祉部企画課長及び厚生労働省老健局総務課長連名通知）の一部を次のように改正する。
次の表のように改正する。

（傍線の部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>一 概要 おむつ代について医療費控除を受ける者が、<u>二の1又は2に掲げる者の区分に応じて、それぞれ二の1又は2に掲げる要件を満たす場合には</u>、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、</p> <p>① 市町村が介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類、 又は、 ② 主治医意見書の写し により、寝たきり状態にあること、及び失禁への対応としてカテーテルを使用していること又は尿失禁が発生している若しくはその発生可能性があることが確認できれば、おむつ代が医療費控除の対象として認められることとなったこと。</p> <p>二 要件</p> <p>1. おむつ代について医療費控除を受けるのが1年目である者 その者がおむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定、及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続しているものに限る。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限る。）を合算して6か月以上となるものの審査に当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）において、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」がB1、B2、C1、若しくはC2（寝たきり）であり、かつ、「失禁への対応」としてカテーテルを使用していること又は尿失禁が「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態」であること。 ※ 上記の要件を満たす主治医意見書に係る要介護認定の有効期間（当該年以降のものに限る。）における使用に係るおむつ代のみ医療費控除の対象として認められること。</p> <p>2. 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 おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書（当該年に主治医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けていた要介護認定（有効期間が13ヶ月以上のものに限る。）の審査に当たり作成された主治</p>	<p>一 概要 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、</p> <p>① 市町村が介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類、 又は、 ② 主治医意見書の写し により、寝たきり状態にあること、及び尿失禁の発生可能性があることが確認できれば、おむつ代が医療費控除の対象として認められることとなったこと。</p> <p>（新設）</p>

医意見書)において、上記1に掲げる事項の記載があること。

三 留意点

1. おむつを使用した当該年の途中におむつ使用者が死亡した場合でも、上記二の1又は2に掲げる者の区分に応じて、それぞれ二の1又は2に掲げる要件を満たす場合には、死亡日までに使用したおむつ代は医療費控除の対象となる。

2. 上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」については、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、発行すること。

また、この手続を行うかどうかは、各市町村の任意の判断であること。なお、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ので、市町村においては参考にされたいこと。

3 (略)

4. 上記一の②の「主治医意見書の写し」の裏面に要介護認定の有効期間(始期及び終期)を記載すること。

(別紙1)

令和 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、令和 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、確認願いま

二 留意点

1. 上記一の①又は②については、おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年(現に受けている要介護認定の有効期間が13ヶ月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。)に作成された主治医意見書であり、「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」の記載が「B1、B2、C1、又はC2」(寝たきり)、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。

2. 上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」については、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、発行すること。

また、この手続を行うかどうかは、各市町村の任意の判断であること。なお、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ので、市町村においては参考にされたいこと。

3. 上記一の②の「主治医意見書の写し」について、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、利用者とその旨を説明し、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こと。

4. おむつを使用した当該年の前年又は前々年に作成された主治医意見書の場合は、上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」又は上記一の②の「主治医意見書の写し」の裏面に要介護認定の有効期間(始期及び終期)を記載すること。

(別紙1)

令和 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、令和 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

--	--

別紙2を次のように改める。

主治医意見書

記入日 令和 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。				
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意				
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	令和 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 ()			

おむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定又は当該認定を含む複数の要介護認定(有効期間が連続しているものに限る。)で、それらの有効期間(当該年以降のものに限る。)を合算して6か月以上となるものの審査にあたり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(特定疾病または生活機能低下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・令和 年 月 日頃)	
2.	_____	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)	
3.	_____	発症年月日	(昭和・平成・令和 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				
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響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]				

失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性のいずれかに該当していること。

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"/>
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の有無
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		
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				
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)				
・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"/> 見守りが必要			
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)				
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<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 ()		
(4) その他の精神・神経症状				
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	症状名: _____ [専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]		

「B1~C2」(寝たきり)であること。

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少)

□四肢欠損 (部位: _____)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食障害 □嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用の意向

□不明

(5) 医学的 management (予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス (_____)

□特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

□血圧 (_____) □摂食 (_____) □嚥下 (_____)

□移動 (_____) □運動 (_____) □その他 (_____)

□特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 (_____) □不明

失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性のいずれかに該当していること。

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)