

『公費負担医療等の手引 09 年 8 月』 正誤 (2009.11.24 現在)

■印は、発行後に示された厚生労働省通知・事務連絡等による追補である。

頁	訂正箇所	誤	正																		
12	下から4行目	インフルエンザ予防接種健康被害者 <u>小児慢性 20 歳</u> 異ガンマグロブリン血症(略) <u>予防接種健康被害</u>	インフルエンザ予防接種健康被害者 <u>予防接種健康被害</u> 異ガンマグロブリン血症(略) <u>小児慢性 20 歳</u>																		
42	右段(2)の1行目	昭和 45 年に岩手県沢内村で 65 歳以上の高齢者に…	昭和 35 年に岩手県沢内村で 65 歳以上の高齢者に…																		
48	「特記事項」に記載するコードについての表	(表の差し換え)	(別紙1の通り左記表を差し換えます)																		
49	左段上から17行目	イ 医療保険〔高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く〕に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下による。	イ 医療保険〔高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券)にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る)の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く〕に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下による。																		
53	右段上から9行目	(エ) 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証(適用区分がA)が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載する。 (オ) 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証(適用区分がB)が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載する。 (カ) 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証(適用区分がC)又は限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が低所得)が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載する。	(エ) 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証(適用区分がA)が提示された場合又は「上位所得者(70歳以上の場合は現役並み所得者)の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(適用区分がA又はIVであるもの)が提示された場合(特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く)には、「特記事項」欄に「上位」と記載する。 (オ) 「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証(適用区分がB)が提示された場合又は「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(適用区分がB又はIIIであるもの)が提示された場合(特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く)には、「特記事項」欄に「一般」と記載する。 (カ) 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証(適用区分がCであるもの)若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が低所得)が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(適用区分がC又はI若しくはIIであるもの)が提示された場合(特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く)には、「特記事項」欄に「低所」と記載する。																		
53	右段下から7行目の次	右を挿入	(ア) 「上位所得者(70歳以上の場合は現役並み所得者)の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であつて、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多上」と記載する。 (イ) 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であつて、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多一」と記載する。 (ロ) 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であつて、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多低」と記載する。 (ス) ……																		
54	<参考1>表、上から3つ目の■及び矢印	■後期高齢者医療の市町村番号・受給者番号を記載する。	(削除)																		
54	<参考1>表、「保険種別1」欄	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1社・国</td> <td>3老人</td> </tr> <tr> <td>医</td> <td>2公費</td> <td>4退職</td> </tr> <tr> <td>科</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	1社・国	3老人	医	2公費	4退職	科			<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>1社・国</td> <td>3後期</td> </tr> <tr> <td>医</td> <td>2公費</td> <td>4退職</td> </tr> <tr> <td>科</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	1社・国	3後期	医	2公費	4退職	科		
1	1社・国	3老人																			
医	2公費	4退職																			
科																					
1	1社・国	3後期																			
医	2公費	4退職																			
科																					
108	右段、表1 低所得者/ 高齢者・低所得者(II)	<table border="1"> <tr> <td>低所得者(II)</td> <td>260円(入院90日以内) 160円(入院90日超)</td> </tr> </table>	低所得者(II)	260円(入院90日以内) 160円(入院90日超)	<table border="1"> <tr> <td>低所得者(II)</td> <td>210円(入院90日以内) 160円(入院90日超)</td> </tr> </table>	低所得者(II)	210円(入院90日以内) 160円(入院90日超)														
低所得者(II)	260円(入院90日以内) 160円(入院90日超)																				
低所得者(II)	210円(入院90日以内) 160円(入院90日超)																				
159	右段の19行目	・地方社会保険事務局又は…。	・地方厚生局又は…。																		
220	右段、上から7行目	※ 国保については9の(a)を参照。	※ 国保については9の(1)を参照。																		

頁	訂正箇所	誤	正												
228	右段の11行目	いは⇒P. 146を参照。	いは⇒P. 186を参照。												
234	右段8の8行目	多数該当の場合は「22上位」「23一般」「24低所」とそれぞれ記載する。	多数該当の場合は「22多上」「23多一」「24多低」とそれぞれ記載する。												
235	ワンポイントアドバイスの④	④医師の意見書は、制度改正に伴い、平成17年4月1日以降、診療情報提供料が算定できなくなっている。ただし、「医療意見書」の料金を患者から徴収しても差し支えない。	④「医療意見書」の料金を患者から徴収しても差し支えない。ただし、長期の療養が必要な児童に関して、保健所に「療育指導連絡票」（小児慢性特定疾患治療研究事業の意見書と兼ねる場合を含む）を発行した場合は、診療情報提供料の算定の対象となる。												
295	右段、上から3行目	⇒P. 428	⇒P. 425												
330	右段、下から5行目	⇒P. 627	⇒P. 563												
■361	(追加)	(表の追加)	平成21年10月30日付で対象疾患が拡大(別紙2)												
■364	右段、上から9行目	右記を追加	・重症多形滲出性紅斑(急性期)												
455	右段、下から2行目	「1日13単位を限度」とする制限はない。	「1月13単位を限度」とする制限はない。												
460	項目の上から4枠目、下から3枠目	(※)重度褥瘡処置 鋼線等による直達牽引	(※)重度褥瘡処置 鋼線等による直達牽引												
472	左段上から5行目	・診療情報提供料・在宅自己導尿指導管理料	・診療情報提供料・在宅自己疼痛指導管理料・在宅自己導尿指導管理料												
475 497 510	左記の各頁のワンポイントアドバイス中	(右記を追加)	労災(自賠責、公害)による入院中に、カゼなど対象外医療で、医療保険で治療を受けた場合の取扱い ア. 請求は一般患者・後期高齢者いずれの場合も入院レセプトで行う。 イ. 後期高齢者の場合、高額療養費の負担限度額は外来の扱いとなる。												
492	表中、「長崎県支部」欄	(電話) 095-826-9520	(電話) 095-895-2152												
506	右段上から15行目	⑤特定疾患療養指導料、在宅時医学管理料……。	⑤特定疾患療養管理料、在宅時医学総合管理料……。												
566	表中、「福島県」欄	<table border="1"> <thead> <tr> <th>対象者の範囲</th> <th>自己負担金</th> <th>助成の方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害者手帳1・2級、3級(内部障害のみ)所持者、身体障害者手帳3級～6級所持のうち療育手帳B所持者</td> <td>なし</td> <td>償還払い</td> </tr> </tbody> </table>	対象者の範囲	自己負担金	助成の方法	身体障害者手帳1・2級、3級(内部障害のみ)所持者、身体障害者手帳3級～6級所持のうち療育手帳B所持者	なし	償還払い	<table border="1"> <thead> <tr> <th>対象者の範囲</th> <th>自己負担金</th> <th>助成の方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体障害者手帳1・2級、3級(内部障害のみ)所持者、身体障害者手帳3級～6級所持のうち療育手帳B又は精神障害者保健福祉手帳2・3級所持者</td> <td>なし(ただし、65～74歳までの者で後期高齢者医療制度に入らない場合は、保険者負担分を除く総医療費の1割を超える分は自己負担)</td> <td>償還払い・現物給付(市町村が選択)</td> </tr> </tbody> </table>	対象者の範囲	自己負担金	助成の方法	身体障害者手帳1・2級、3級(内部障害のみ)所持者、身体障害者手帳3級～6級所持のうち療育手帳B又は精神障害者保健福祉手帳2・3級所持者	なし(ただし、65～74歳までの者で後期高齢者医療制度に入らない場合は、保険者負担分を除く総医療費の1割を超える分は自己負担)	償還払い・現物給付(市町村が選択)
対象者の範囲	自己負担金	助成の方法													
身体障害者手帳1・2級、3級(内部障害のみ)所持者、身体障害者手帳3級～6級所持のうち療育手帳B所持者	なし	償還払い													
対象者の範囲	自己負担金	助成の方法													
身体障害者手帳1・2級、3級(内部障害のみ)所持者、身体障害者手帳3級～6級所持のうち療育手帳B又は精神障害者保健福祉手帳2・3級所持者	なし(ただし、65～74歳までの者で後期高齢者医療制度に入らない場合は、保険者負担分を除く総医療費の1割を超える分は自己負担)	償還払い・現物給付(市町村が選択)													
572	表中、「鳥取県」欄	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">父母がいない場合</th> </tr> <tr> <th>児童</th> <th>養育者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○</td> <td>○(配偶者のいない女子又は男子)</td> </tr> </tbody> </table>	父母がいない場合		児童	養育者	○	○(配偶者のいない女子又は男子)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">父母がいない場合</th> </tr> <tr> <th>児童</th> <th>養育者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18歳の年度末</td> <td>○(配偶者のいない女子又は男子)</td> </tr> </tbody> </table>	父母がいない場合		児童	養育者	18歳の年度末	○(配偶者のいない女子又は男子)
父母がいない場合															
児童	養育者														
○	○(配偶者のいない女子又は男子)														
父母がいない場合															
児童	養育者														
18歳の年度末	○(配偶者のいない女子又は男子)														
574	表中、「埼玉県」の「問い合わせ」欄	048-830-3580	048-830-3538												
590	「9 小児慢性特定疾患医療申請のための意見書」の「費用請求方法等」	患者から自費徴収できる。	患者から自費徴収できる。ただし、長期の療養が必要な児童に関して、保健所に「療育指導連絡票」(小児慢性特定疾患治療研究事業の意見書と兼ねる場合を含む)を発行した場合は、診療情報提供料の算定の対象となる。												
	「16 感染症法」の「費用請求方法等」	……、老人保健法の	……、高齢者医療確保法の												

48 頁の表を以下のものに差し換えます

「特記事項」に記載するコード略称及び内容（公費等に関するものに限る）

コード	略称	内容
01	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令第42条及び高齢者医療確保法施行令第15条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、1万円を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、1万円を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に1万円を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く）
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合（例：生保）
16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、2万円を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く）
17	上位	①「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合 ②「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された（「22」に該当する場合を除く）
18	一般	①「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合 ②「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された（「23」に該当する場合を除く）
19	低所	①「低所得者の世帯」の限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合 ②「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された（「24」に該当する場合を除く）
20	二割	70歳～74歳の高齢受給者が指定公費負担医療の給付を受けずに自ら2割負担をした場合
21	高半	社保本人が後期高齢者に移行する月（移行日は2日以降）において、その家族は社保から国保に移行し、社保・国保の一部負担限度額が軽減される。その月に療養を受けた場合。
22	多上	上位所得者の適用区分の記載がある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
23	多一	一般所得者の適用区分の記載がある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
24	多低	低所得者の適用区分の記載がある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
25	出産	出産一時金を直接請求する場合

最新の正誤表については、保団連のホームページ(<http://hodanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介していきますので、ご確認下さい。

別表【追加】（平成 21 年 10 月 30 日） 特定疾患治療研究事業対象疾患 (p. 362)

No.	対象疾患	疾患群	窓口負担 無料	軽快者の 基準の有無
46	家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)	代謝系		
47	脊髄性筋萎縮症	神経・筋		
48	球脊髄性筋萎縮症	神経・筋		
49	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	神経・筋		○
50	肥大型心筋症	循環器系		○
51	拘束型心筋症	循環器系		○
52	ミトコンドリア病	循環器系		○
53	リンパ脈管筋腫症(LAM)	呼吸器系		
54	重症多形滲出性紅斑(急性期)	皮膚・結合組織	◎	
55	黄色靭帯骨化症	骨・関節系		○
56	間脳下垂体機能障害 (PRL 分泌異常症、ゴナドトロピン分泌異常症、ADH 分泌異常症、下垂体性 TSH 分泌異常症、クッシング病、先端巨大症、下垂体機能低下症)	内分泌系		○

(注) ◎の疾患については、自己負担は生じない。なお、軽快者基準がある疾病で、軽快者と認定された患者は公費負担の対象とはならない。詳細は本文 p.364 を参照。

平成 21 年 10 月 30 日付で、特定疾患治療研究事業対象疾患に 11 疾患が追加された。なお、下記の通り新規に対象となった患者さんで医療受給者証 (p.370) がまだ発行されていない方には、窓口で自己負担分を支払って頂くこととなるのでご留意されたい。

【担当する医療機関】 (p.361)

都道府県知事と契約した受託医療機関（医師会との間で一括契約の府県もある）。

【資格の確認】 (p.363)

医療保険の被保険者証と「受給者証」を窓口で確認する。

【請求方法】 (p.366)

医療機関が医療保険等と公費との併用扱いで支払基金等に請求するが、これらが困難な場合には、受給者が“特定疾患治療研究事業費請求書”により知事に請求する。

【対象疾患追加に伴う当面の取扱いについて】

1. 医療給付の対象となる医療の範囲について

今回新たに追加となる疾患については、交付申請書類等を準備するために一定の時間を要すること等を考慮し、**平成 21 年 12 月 31 日までに申請のあった者について**、以下の扱いとする。

(1) 平成 21 年 10 月 1 日に認定基準を満たしている者

平成 21 年 10 月 1 日において認定基準を満たすことが確認できる者（複数日に渡る検査によって結果的に認定基準を満たすこととなる者を含む。）については、当該者が対象患者として認定された場合には、同年 10 月 1 日以降、申請の対象となっている疾患について受けた医療について本事業の対象とし、医療受給者証の有効期間の始期については、すべて同年 10 月 1 日とすること。

(2) (1) 以外の者

(1) 以外の者（同年 10 月 1 日以前の検査日の検査結果のみでは認定基準を満たしていることが確認できない場合を含む。）については、認定基準を満たすことが確認できる日以降の当該疾患に係る医療について本事業の対象とし、医療受給者証の有効期間の始期を当該認定基準を満たすことが確認できる日とすること。

2. 医療給付の取扱について

1 に該当する患者については、同年 10 月 1 日以降医療受給者証発行までの間は、医療機関等の窓口において患者が自己負担分を支払って受療等することとなるが、当該自己負担分については、医療保険等で給付された額及び患者一部負担額を控除した残りの額につき、当該医療機関等の証明等を付して、対象患者又はその保護者が直接、都道府県知事あて（※）に請求を行い、これに基づいて必要な医療費の支払を行うことにより対応すること。

（※）【主な問い合わせ先】

北海道 保健福祉部 保健医療局 医療政策薬務課 “特定疾患グループ”

電話 011-204-5254

東京都 保健政策部 疾病対策課 電話 03-5320-4472

神奈川県 保健福祉部 健康増進課 疾病対策班（特定疾患）

電話 045-210-4777

愛知県 健康福祉部 健康担当局健康対策課 “原爆・特定疾患グループ”

電話 052-954-6270

大阪府 健康医療部 保健医療室健康づくり課 “疾病対策グループ”

電話 06-6944-7083

福岡県 保健医療介護部 健康増進課 電話 092-643-3267