

26年度版「医療事務講座 基礎編」訂正表

平成27年8月22日

平成26年3月20日以降の厚生労働省の通知による変更があります。ご確認ください。

(注:「↓」は上から「↑」は下から数えての行数を、「」は変更前、下線と『』は変更後、二重線は削除箇所を表します。)

P16 ●70歳未満の表 所得区分欄、P39〈「適用区分」欄の表示〉を変更する。

上から2つ目 53万円～79万円 ⇒ 53万円以上83万円未満

3つ目 28万円～50万円 ⇒ 28万円以上53万円未満

4つ目 26万円以下 ⇒ 28万円未満

●70歳以上75歳未満の表 所得区分欄「一般」

標準報酬月額26万円以上 ⇒ 標準報酬月額26万円以下

●75歳以上(後期高齢者医療)の表 所得区分欄「一般」

標準報酬月額26万円以上 ⇒ 現役並み所得者・低所得者以外

P24 【平成27年8月以降】の表 左欄

上から2つ目 53万円～79万円 ⇒ 53万円以上83万円未満

3つ目 28万円～50万円 ⇒ 28万円以上53万円未満

4つ目 26万円以下 ⇒ 28万円未満

P26 ↑3 39万円 ⇒ 40万4千円

P27 (解説) ↓6、8、9 3万円 ⇒ 1万6千円

↓10 39万円 ⇒ 40万4千円

↑2 39万円 ⇒ 40万4千円

P56 公費負担医療制度の表の、「母子保健法」法別番号23の次を下記に変更する。

児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援(法第19条の2)	52	
難病患者に対する医療等に関する法律による特定医療(法第5条関係)	54	
特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の 国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメ チル水銀の健康影響による治療研究費	51	
肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付	38	
児童福祉法の措置等に係る医療の給付	53	
石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給(法第4条)	66	
特定B型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法による定期 検査費及び母子感染症防止医療費の支給(法第12条第1項及び第13条第1項)	62	
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及 び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援 給付(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に 関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項において準用する場合を 含む)	25	
生活保護法	医療扶助(法第15条)	12

P67、68を最終頁の「A」に差替える。

平成 27 年の介護保険制度の改正により、平成 27 年 8 月 1 日からサービス費用の負担割合が変更となりました。

P69 (1)制度の概要 ↑1 9 割を ⇒ 9 割(一定以上所得者は 8 割)を  
1 割は ⇒ 1 割(一定以上所得者は 2 割)は

(2)制度の仕組み 図中、及び説明文中

⑦ 1 割 ⇒ 1 割または 2 割 ⑧ 9 割 ⇒ 9 割または 8 割

P70 ◇「特定疾病」とは ↓2 6.初老期における認知証 ⇒ 6.初老期における認知症

P74 (4)保険給付に必要な請求書 「内容」下から 3 つ目  
一定の障害により常時または随時介護を受けている場合  
⇒ 業務上または通勤上の事由により死亡し葬祭を行う場合

P97 (解説) ↑6 80%を上回っている ⇒ 80%以上であること  
紹介率が 60%以上 ⇒ 紹介率が 65%以上  
↑4 60%を超え、⇒ 65%以上、 30%を超える ⇒ 40%以上である  
↑3 40%を超え、⇒ 50%以上、 60%をこえる ⇒ 70%以上である  
↑2 
$$\frac{(\text{紹介患者の数} + \text{救急患者の数})}{\text{初診患者の数}} \times 100$$
  
⇒ 
$$\frac{\text{紹介患者の数}}{\text{初診患者の数}} \times 100$$

P98 (解説) を下記に差替える。

(解説)

特定機能病院では、医療施設における機能の分化と連携を進めるために、地域医療で通常提供することが難しい高度な医療を提供する。そのために、他の病院又は診療所から紹介される患者の紹介率は 50%以上を維持することとされている。

(1) 次に掲げるところにより、紹介患者に対し、医療を提供すること。

- ① その管理する病院について、紹介患者の数と救急用自動車によって搬入された患者の数を合計した数を初診の患者の数（休日又は夜間に受診した患者の数を除く。(2)①において同じ)で除して得た数（「紹介率」という）を維持し、当該維持された紹介率を高めるよう努めること。
- ② 紹介率が 100 分の 50 を下回る病院にあつては、おおむね五年間に紹介率を 100 分の 50 まで高めるよう努めるものとし、そのための具体的な年次計画を作成し、厚生労働大臣に提出すること。
- ③ ②に規定する年次計画を作成するに当たっては、おおむね五年間に 100 分の 10 紹介率を高める内容のものとする。

(2) 次に掲げるところにより、他の病院又は診療所に対する患者紹介を行うこと。

- ① その管理する病院について、他の病院又は診療所に紹介した患者の数を初診の患者の数で除して得た数（「逆紹介率」という）を維持し、当該維持された逆紹介率を高めるよう努めること。
- ② 逆紹介率が 100 分の 40 を下回る病院にあつては、おおむね五年間に逆紹介率を 100 分の 40 まで高めるように努めるものとし、そのための具体的な年次計画を作成し、厚生労働大臣に提出すること。

(医療法施行規則第 9 条の 20)

また、がん、循環器疾患その他の国民の健康に重大な影響のある疾患（特定領域）に関し、社会保障審議会において承認を得た特定機能病院については、特に高度な専門性が求められることから、紹介率 100 分の 80 及び逆紹介率 100 分の 60 まで高めるよう努めることとしている。

P113 ↑16 薬事法 ⇒ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律  
(以下、本編の「薬事法」において同様に読み替える。)

↑16 第2条第16項 ⇒ 第2条第17項

P116 ↓4 乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤 ⇒ 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤

↑16 及び を『、』 に変更し、注射用抗菌剤 の後に下記を追加する。

『 及びエダラボン製剤(筋萎縮性側索硬化症患者に対して使用する場合に限る。)]』

P116 ↑2 及び を『、』 に変更し、アゾルガ配合懸濁性点眼液 の後に下記を追加する。

『 、デビケイ錠 50mg、アテディオ配合錠、ザクラス配合錠 HD、ザクラス配合錠 LD、コムプレラ配合錠、トリマーク配合錠、ゾバルディ錠 400mg(1回の投与量が28日分以内である場合に限る。)、ノピコールカプセル 2.5 μg及びエリクラ 400 μgジェヌエア 30吸入用(1回の投与量が15日分以内である場合に限る。)]』

P118 ①評価療養 一、(1)↓1 次のア又はイに掲げるものであること。 を削除する。

↓3 「ア」一文字を削除する。

↓4 設定されたもの ⇒ 設定されたものとすること。

↓5 「イ」を全て削除する。

↑2 2つ目の及び を『、』 に変更する。

↑1 医療機器の費用 ⇒ 医療機器及び保険適用されていない再生医療等製品の費用

P119 上の(7)↓2 「厚生労働大臣 ⇒ 「厚生労働大臣

↓4 取扱いについて」の後に、以下を続ける。

『の一部改正について』(平成25年11月29日医政発1129第25号、薬食発1129第1号、保発1129第2号)』により行うものとする。

P124 ↓14の次に、下記を追加する。

## 八、再生医療等製品の治験に係る診療に関する事項

- (1) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品医療機器等法第2条第17項の規定によるもの(加工細胞等(医薬品医療機器等法施行規則第275条の2の加工細胞等をいう)に係るものに限り)とすること。
- (2) したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品医療機器等法施行規則の関係規定によるほか、再生医療等製品の臨床試験の実施の基準に関する省令(平成26年厚生労働省令第89号)によるものとする。
- (3) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後1週間(2以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日を経過する日までの間とする)に行われた検査及び画像診断、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該治験に係る加工細胞等に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該治験に係る加工細胞等に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされない検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

ア 当該診療において実施した当該検査等の所定点数

イ 当該加工細胞等を使用するために通常要する費用に基づき算定した点数

- (4) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。
- (5) 自ら治験を実施する者による治験において、患者から当該治験の対象とされる加工細胞等の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (6) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。
- (7) 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年定例報告の際に、治験の実施状況について、別紙様式 15 により地方厚生(支)局長に報告するものとする。また特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙用紙 15 の 2 により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

#### 九. 医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた再生医療等製品の使用又は支給に関する事項

- (1) 医薬品医療機器等法上の承認(同法第 23 条の 25 第 1 項又は第 23 条の 37 第 1 項の規定による承認)を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品のうち、保険適用されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認を受けた再生医療等製品の使用又は支給について、当該再生医療等製品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該再生医療等製品の費用については含まれないものであること。
- (3) 病院又は診療所にあつては、以下の要件を満たすことが望ましい。
  - ア 再生医療等製品の安全性等に関する情報の収集及び伝達を行うための専用施設(以下「再生医療等製品管理室」という)を有し、再生医療等製品の安全性等に関して十分な知識を持つ常勤の担当者が 1 名以上配置されていること。
  - イ 再生医療等製品管理室の担当者が、再生医療等製品の品質、有効性、安全性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
- (4) 薬局にあつては、算定告示別表第三調剤報酬点数表第 1 節に規定する調剤基本料の注 2 の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(3) のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。
- (5) 保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間(240 日を上限とする)の範囲内で行われた再生医療等製品の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が 240 日以内であれば、使用時点がそれ以降になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。
- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該再生医療等製品の名称、用法、用量、使用方法、効能、効果、性能、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。
- (7) 処方せんを交付する場合であっても、(6) の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方せんを交付する場合は、患者の希望する薬局において当該再生医療等製品の投与又は支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方せんを交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の

説明を行うものとする。

- (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当な範囲の額とする。
- (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 16 により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

十、保険適用されている再生医療等製品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能に係る使用又は支給に関する事項

- (1) 保険適用されている再生医療等製品の医薬品医療機器等法第 23 条の 25 第 1 項又は第 23 条の 37 第 1 項の規定による承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能(以下「用法等」という)と異なる用法等に係る使用又は支給に対する患者のニーズに対応する観点から、当該再生医療等製品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該再生医療等製品の費用については含まれないものであること。
- (3) 病院又は診療所にあつては、以下の要件を満たすことが望ましい。
  - ア 再生医療等製品管理室を有し、再生医療等製品の安全性等に関して十分な知識を持つ常勤の担当者が 1 名以上配置されていること。
  - イ 再生医療等製品管理室の担当者が、再生医療等製品の品質、有効性、安全性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
- (4) 薬局にあつては、算定告示別表第三調剤報酬点数表第 1 節に規定する調剤基本料の注 2 の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(3) のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。
- (5) 医薬品医療機器等法第 23 条の 25 第 9 項(同法第 23 条の 37 第 5 項において準用する場合を含む)の規定による承認事項(用法等に限り)の一部変更の承認(以下「再生医療等製品一部変更承認」という)の申請(申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る)を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法(平成 11 年法律第 97 号)第 11 条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した再生医療等製品の使用又は支給にあつては、当該評価が開始された日から 6 月(当該期間内に再生医療等製品一部変更承認の申請が受理されたときは、当該申請が受理された日までの期間)、再生医療等製品一部変更承認の申請(申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る)が受理された再生医療等製品の使用又は支給にあつては、当該申請が受理された日から 2 年(当該期間内に当該申請に対する処分があつたとき又は当該申請の取下げがあつたときは、当該処分又は取下げがあつた日までの期間)の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。
- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該再生医療等製品の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。

- (7) 処方せんを交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方せんを交付する場合は、患者の希望する薬局において当該再生医療等製品の投与又は支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方せんを交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。
- (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 17 により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

P125 ⑤ ↓ 4 有床診療所入院基本料 1 の後に『及び有床診療所入院基本料 4』を追加する。

↓ 5 平成 24 年 3 月 31 日 ⇒ 平成 26 年 3 月 31 日

↓ 6 平成 26 年 3 月 31 日 ⇒ 平成 28 年 3 月 31 日

P129 七.(1) ↓ 2 「、7 対 1 特別入院基本料、10 対 1 特別入院基本料及び特定入院基本料」を下記に変更する。

⇒『及び月平均夜勤時間超過減算』

↓ 3 注 13 ⇒ 注 11

↓ 6 (一般病棟の場合に限る。) ⇒ (一般病棟の場合に限り 下 に変更し下記を続ける。

『、医科点数表の注 9 に規定する療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合(歯科点数表第 1 章第 2 部第 1 節通則 1 の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。)を除く。』

↓ 6 及び専門病院入院基本料 の後に下記を続ける。

『(医科点数表の注 8 に規定する療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合(歯科点数表第 1 章第 2 部第 1 節通則 1 の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。)を除く。』

P130 (3) ↓ 1 と ↓ 7 「特定疾患治療研究事業について」の別紙の第 3」を下記に変更する。

『「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号) 別紙様式 44』

(4) ↓ 2 (平成 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号) ⇒ (平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)

(5) ↓ 3 「、7 対 1 特別入院基本料及び 10 対 1 特別入院基本料の場合は注 2、特定入院基本料の場合は注 8」を下記に変更する。

⇒『及び月平均夜勤時間超過減算の場合は注 2』

P144 左 ↓ 14 「掲示(療担規則第 1 章第 2 条の 6) ……109」を

P142 右 ↓ 7 「第 2 条の 4 の 2) ……109」の下に移動する。

A P67、68を差替える

#### 4. 特定疾患治療研究事業及び難病医療法

原因が不明であって、治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、特定の疾患については、治療がきわめて困難であり、かつ医療費も高額であるので、「特定疾患治療研究事業」の一環として1972年(昭和47年)から医療費助成を行ってきたが、2014年5月に、事業の公正性、他制度との均衡、制度の安定性の確保等の観点から、希少、難治性疾患を幅広く公平に助成の対象とする方針により法制化され、難病の患者に対する医療等に関する法律(難病医療法)として施行されている。

特定疾患治療研究事業から、ほとんどの疾患は「指定難病」として新法に移行されたが、引き続き助成されるものもある。

#### ○特定疾患治療研究事業・・・法別番号51

(1) 実施主体 都道府県

(2) 対象疾患

①スモン ②難治性肝炎のうち劇症肝炎 ③重症急性膵炎 ④プリオン病(ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る) ⑤重症多形滲出性紅斑(急性期)

※ただし、②③は平成26年12月までの認定患者が継続的に認定基準を満たす場合、⑤は平成26年7月～12月の認定患者でその有効期限の範囲内に限られる。

(3) 一部負担額

医療保険給付の残りの部分全額公費負担(食事・生活療養含む)のため、自己負担は生じない。

#### ◇都単独事業

・先天性血液凝固因子障害等治療研究事業

負担者番号 51137016

医療保険給付の残りの部分全額公費負担(食事・生活療養を含む)

・特殊医療(人工透析を必要とする腎不全)

負担者番号 82138009、82138553

長期高額疾病限度額の適用後を公費負担(食事・生活療養を除く)

82138009は1万円まで、82138553は2万円まで

#### ○難病の患者に対する医療費等に関する法律・・・法別番号54

(1) 実施主体 都道府県

(2) 対象疾病

指定難病 … 2015年1月から110疾病に先行実施され、7月から306疾病に拡大された。

(3) 対象患者

指定難病の患者で、新基準の認定を受けた以下の者

①既認定者 : 2014年12月末まで難病医療の対象者であって、継続して受診が必要な患者及び特定疾患登録者

②新規認定者 : 2015年1月以降に初回の認定を受けた患者

③軽症高額該当者 : 指定難病に罹患しているが認定基準に非該当であっても、医療費総額が月額33,300円を超える月が直近1年以内に3回以上ある者

A P67、68を差替える

(4) 特定医療費（指定難病に係る医療費）

- ・助成を希望する者は、申請書と診断書（臨床調査個人票）等を揃えて区市町村に申請し、認定されると、有効期間1年の「特定医療費（指定難病）受給者証」が交付される。
- ・診断書（臨床調査個人票）は難病指定医が記載する。
- ・受給者証に記載された指定医療機関での受診のみ助成対象とする。
- ・医療保険制度による給付を優先する（保険優先）。

(5) 一部負担額

- ・特定医療費の支給認定を受けた者の、指定医療機関での窓口負担は2割。ただし、月額では自己負担上限額までとする。
- ・入院時の食事療養及び生活療養に係る負担は、患者負担となる。

(6) 自己負担上限額

- ・受診した複数の医療機関等（薬局での保険調剤、訪問看護ステーションが行う訪問看護費等を含む）の自己負担を合算した上で、上限額を適用する。そのため「自己負担上限額管理票」が交付される。
- ・外来、入院の区別をしない。
- ・高額な医療が長期的に継続する患者については、上限額に特例が設けられている。
- ・既認定者には3年間（2017年12月31日まで）の経過措置により、上限額が軽減される。

難病医療法に基づく特定医療費の自己負担上限額表

（単位：円）

階層区分	患者負担割合：2割					
	自己負担上限額（外来＋入院＋薬代＋訪問看護費）					
	54××601△（新規認定者）			54××501△（既認定者）		
	一般	高額かつ 長期※	人工呼吸器 等装着者	一般	重症認定	人工呼吸器 等装着者
生活保護等	0	0	0	0	0	0
低所得Ⅰ	2,500	2,500	1,000	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ	5,000	5,000		5,000		
一般所得Ⅰ	10,000	5,000		5,000	5,000	
一般所得Ⅱ	20,000	10,000		10,000		
上位所得	30,000	20,000		20,000		
入院時の 食事療養費	全額自己負担			1/2自己負担		

※高額かつ長期・・・高額な医療費が長期的に継続する者

月ごとの医療費（総医療費）が50,000円（自己負担10,000円）を超える月が年間6回以上となる者