

「日医標準レセプトソフト」

## 平成21年5月診療報酬改定対応

(特定疾患及び小児慢性特定疾患の公費負担医療に  
係る高額療養費限度額の見直し)

2009年12月22日

(四版)

社団法人 日本医師会

■ 特定疾患及び小児慢性特定疾患の公費負担医療に係る高額療養費限度額の見直し

1. 改定の概要

公費負担医療に係る高額療養費の限度額については、患者の所得にかかわらず一律「一般所得者」の区分による限度額でしたが、特定疾患治療研究事業と小児慢性疾患治療研究事業（以下、「特定疾患」）については患者の所得区分に応じた限度額に変更となります。

この変更に伴い特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾患医療受診券（以下、「特定疾患受給者証」）の様式が変更され、患者の所得区分（適用区分）が記載されることとなります。

あわせて多数該当の場合の自己負担限度額が適用（入院のみ）となります。

2. 対象期間

平成21年5月診療分より適用

3. 対象者

法別51または52の公費を持つ患者（国が定める45疾病のみが対象）

- ・ 保険番号 051、052、091

東京都の難病医療費等助成制度（保険番号151） ← H21.6.25

パッチ提供済み

- ・ 公費負担者番号 51XX601X、51XX602X

~~52XX601X、52XX602X~~

52XX60XX ← H21.12.21 パッチ提供済み

4. 特定疾患に係る高額療養費の自己負担限度額（月）について

- ・ 高齢者（70歳以上）の自己負担限度額

【平成21年4月迄】	【平成21年5月以降】		
一律 外来 12,000円 入院 44,400円			
	外来	入院	
	上位所得者 (現役並み所得者)	44,400円	80,100円+ (医療費-267,000)×1% 【44,400円】
	一般	12,000円	44,400円
	低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円
	低所得者Ⅰ		15,000円

【 】は多数該当（4回目以降）

- ・ 70歳未満の自己負担限度額

【平成21年4月迄】	【平成21年5月以降】	
一律 80,100円+ (医療費-267,000)×1%	上位所得者	150,000円+ (医療費-500,000)×1% 【83,400円】
	一般	80,100円+ (医療費-267,000)×1% 【44,400円】
	低所得者	35,400円 【24,600円】

【 】は多数該当（4回目以降）

※多数該当は入院のみ適用

## 5. 患者登録画面での所得区分入力方法

## ・高齢者（70歳以上）

患者登録の公費欄へ以下保険番号を入力し登録します。

上位所得者	956 公費高額（上位所得者）
一般・低所得者	957 公費高額（一般・低所得者）

上記入力の無い場合でも保険の補助区分、所得者情報より上位・一般・低所得の判定を行ない限度額の算定を行ないますが、入力がある場合には照会業務での検索が可能となります。

一般所得者の特記事項記載については特定疾患受給者証による所得確認が行われた場合に限り記載を行なうこととなりましたので、この場合は公費欄に

「957 公費高額（一般・低所得者）」の入力を行なってください。

特記事項の詳細は4頁の「イ）特記事項欄記載対応」を参照してください。

## ・70歳未満

## 【限度額適用認定証提示による所得確認の場合】

従前の「70歳未満現物給付」の患者登録と同様です。

患者登録の公費欄へ以下保険番号を入力し登録します。

上位所得者	966 高額（上位所得者）
一般・低所得者	967 高額（一般・低所得者）

一般・低所得者の判断は、所得者情報を参照し行います。

## 【特定疾患受給者証による所得確認の場合（限度額適用認定証提示なし）】（次頁※1に補足）

患者登録の公費欄へ以下保険番号を入力し登録します。

上位所得者	956 公費高額（上位所得者）
一般・低所得者	957 公費高額（一般・低所得者）

一般・低所得者の判断は、所得者情報を参照し行います。

## 【所得区分の確認が出来ない場合】

5月以降、所得区分の記載が無い特定疾患受給者証で受診された場合は、高齢受給者証または限度額適用認定証に記載された所得区分で判定を行うこととなりますが、70歳未満で限度額適用認定証の提示が無い場合は従前どおりの自己負担計算となります。

（所得区分の確認ができない患者については今回の改定が適用できないことから現物給付の対象として取り扱いません。よってレセプトの特記事項についても記載は行いません。）

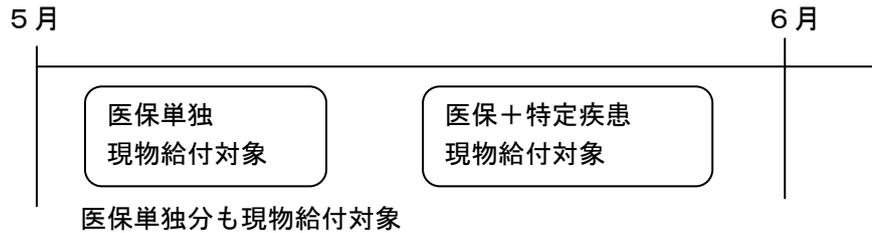
## ・所得区分の開始日について

上記保険番号「956」、「957」を公費欄に入力する際の適用開始日は「1日」を入力してください。

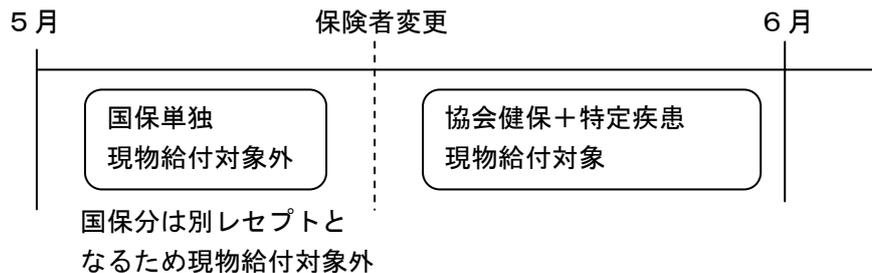
## (※1) 入院・外来（在医総等）の場合

- ・月内の診療が医保＋特疾併用分のみの場合、現物給付の取り扱いとなります。
- ・月内の診療が医保単独分のみである場合は現物給付の取り扱いとなりません。
- ・月内の診療が医保単独分と医保＋特疾併用分であり、1枚のレセプト（例1）となる場合は、医保単独分の診療についても現物給付の取り扱いとなります。  
月途中で保険者が異なる等の理由により複数枚のレセプト（例2）となる場合、特疾の記載がないレセプトは現物給付の取扱いとなりません。

## (例1) 月内に医保単独と医保＋特定疾患の受診が混在する場合



## (例2) 月途中で「国保単独」から「協会健保＋特定疾患」に変更となった場合



## 6. 高額療養費の多数該当入力方法

- ・多数該当となる場合は、患者登録画面の公費欄へ以下保険番号を入力し登録します。  
(自動判定は行いませんので、各医療機関においてカウントし把握して下さい。)

多数該当者	958 特定疾患高額4回目以降
-------	-----------------

- ・平成21年5月診療分より、患者単位・同一医療機関単位でカウントを行ってください。  
(医療保険単独分とは別にカウントを行う事。)
- ・医療保険が変更となった場合は、カウントをリセットしてください。
- ・入院のみが対象となります。
- ・上記保険番号「958」を公費欄に入力する際の適用開始日は「1日」を入力してください。

## 7. レセプト記載

ア) 保険欄－「一部負担金額欄」記載対応：(入院・外来の現物給付レセプト)  
所得区分・多数該当から該当限度額を決定し記載します。

## イ) 特記事項欄記載対応

所得区分・多数該当から該当特記事項を決定し自動記載します。

・所得区分による特記事項（17～19）記載：(入院・外来レセプト)

高齢者（70歳以上）

	外来・入院
上位所得者 (現役並み所得者)	17上位
一般	18一般
低所得者Ⅰ・Ⅱ	19低所

※Ⅰ・Ⅱの区分については70歳以上の入院レセプトは別に記載を行っています。

70歳未満

	外来・入院
上位所得者	17上位
一般	18一般
低所得者	19低所

・多数該当による特記事項（22～24）記載：(入院のレセプトのみ)

高齢者（70歳以上）

上位所得者 (現役並み所得者)	22多上
一般	—
低所得者Ⅰ・Ⅱ	—

※70歳以上の一般・低所得者の場合多数該当はありません。

70歳未満

上位所得者	22多上
一般	23多一
低所得者	24多低

注1) 特記事項（22～24）と（17～19）の両方に該当する場合、  
特記事項（22～24）を優先して自動記載します。

(自動記載において、(22～24)と(17～19)の重複記載はしません。)

注2) 特記事項は自動記載しますが、診療行為画面または患者登録画面（特記事項）からの入力による記載も可能としています。

8. マスタ提供（マスタ更新機能による提供を行います）

・保険番号マスタ

- ア) 956 公費高額（上位所得者）
- イ) 957 公費高額（一般・低所得者）
- ウ) 958 特定疾患高額4回目以降

・点数マスタ（システム予約コード）

- ア) 099990122 特記事項22 多上
- イ) 099990123 特記事項23 多一
- ウ) 099990124 特記事項24 多低

診療行為入力でコード入力することにより入院レセプトの特記事項に記載を行なうことが可能です。