

疾病第1451号

平成30年3月23日

指定医療機関の長 様

千葉県健康福祉部疾病対策課長

(公 印 省 略)

**難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく指定難病医療費助成制度
(公費番号54)における制度変更等の連絡について**

平素より、本県の健康福祉行政に御理解と御協力を賜り、厚くお礼申しあげます。

さて、平成27年1月に施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律」に基づく指定難病医療費助成制度(公費番号54)については、制度開始後3年が経過しました。

この間、旧制度(特定疾患治療研究事業:公費番号51)から受給していた方への経過的特例が終了し、また平成30年4月から都道府県だけでなく政令市が本制度の実施主体になるなど、制度自体が新しい枠組みに移行している中で、制度の変更部分、制度を運用していく中で不明瞭であった部分及び、運用を変更した部分等について、別添のとおり御連絡させていただきます。

指定医療機関の皆さまにおかれましては、引き続き本制度の目的に基づき適正な医療費の助成に御協力くださいますようお願い申しあげます。

[担当]

千葉県健康福祉部疾病対策課

難病審査班指定難病担当

TEL:043-223-2575

指定難病医療費助成制度(公費番号54)における制度変更点等の概要

1 千葉市への指定難病医療費助成業務の移管

平成30年4月から、千葉市が実施主体になります。

- (1) 千葉市の公費負担者番号
原則 54127014 生保 54128012
- (2) 千葉市内の指定医・指定医療機関に関する手続き
千葉市健康企画課 043-245-5204

2 経過的特例の終了

平成29年12月までの経過的特例が終了しました。

- (1) 千葉県の公費負担者番号
原則：54126016 生保：54126024 のみ
→経過的特例の54125018は終了しました
※平成30年1月からの受給者証は、全てピンク色です
- (2) 食事療養費の助成が終了しました
- (3) 自己負担上限額が変更になります

3 受給者証の指定医療機関の記載方法の変更

平成29年11月発行分の受給者証から、指定医療機関の欄の記載方法を包括的な表記に変更しました。

→受給者証に個別の医療機関名が記載されていないくても、医療費助成の対象となります

4 自己負担限度額管理手帳の記載

- ・医療費総額が5万円に達するまでは、限度額管理手帳に医療費総額の記載をお願いします。
 - ・生保の方で窓口支払いがない場合でも、医療費総額の記載をお願いします。
- ※認定や上限額に影響するので、ご協力お願いします。

5 所得区分の取扱い

受給者証と限度額認定証の区分が異なる場合や、受給者証の区分と受給者の保険割合で齟齬がある場合など、当課に問い合わせが多い項目についてまとめました。

6 指定難病医療費に係るレセプト記載方法

子ども医療費(公費番号83)や重度心身障害者(児)医療給付(公費番号81)と指定難病医療費との関係で問い合わせが多い項目について簡単に考え方をまとめましたのでご参照ください。
※レセプト自体の書き方については、国保連や支払基金にお問い合わせください。

7 臨床調査個人票の有効期限及び新しい臨床調査個人票への移行についてのお問い合わせ

- (指定医が所在する病院・診療所のみ)
- ・旧臨床調査個人票での申請は平成30年3月までです。
 - ・新しい臨床調査個人票を使用してください。
 - ・臨床調査個人票の有効期限は記載された日から6か月です。
- 申請者に、早めの手続きをお薦めください。

指定医療機関の皆様のご協力をお願いいたします。

本書に関するお問い合わせは
千葉県疾病対策課難病審査班(043-223-2575)
までお願いします。

通知難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく指定難病医療費助成制度（公費番号 54）における制度変更等の詳細について

1 千葉市への指定難病医療費助成業務の移管

難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」と言います。）第40条の規定により、平成30年4月1日から、千葉市に在住する方についての指定難病医療費助成業務は政令指定都市である千葉市が実施主体となります。このことに伴い、以下の点について変更がありますのでご注意ください。

(1) 公費負担者番号の変更

千葉市が指定難病医療費助成制度の実施主体になることにより、新たに公費負担者番号が設定されました。診療報酬明細書（レセプト）作成の際はご注意ください。

①平成30年3月31日まで（千葉市含む千葉県全体）

原則：54126016

生活保護等：54126024

②平成30年4月1日以降

	千葉県（千葉市を除く）	千葉市
原則	54126016（変更なし）	5412「7014」
生活保護	54126024（変更なし）	5412「8012」

(2) 指定医・指定医療機関に関する手続き

千葉市内に所在する医療機関を主たる勤務先としている指定医（難病法第6条第1項。以下「市指定医」と言います。）及び、千葉市内に所在する指定医療機関（難病法第14条。以下「市指定医療機関」と言います。）についての指定・変更等の手続きは、平成30年4月以降は千葉市が申請窓口となります。

既に千葉県から指定を受けている指定医及び、指定医療機関についても、平成30年4月以降の手続き（更新、変更等）については千葉市に手続きをお願いします。

※既に千葉県から指定を受けている市指定医及び市指定医療機関は、千葉市から指定を受けたものとみなされるので、平成30年4月以降引き続き指定を受けることについて、県や市への手続きは不要です。

※千葉市の指定医としてみなされたとしても、指定医番号の変更はありません。

（指定医は指定から5年、指定医療機関は指定から6年後に更新の手続きが必要です）

【千葉市申請窓口】 千葉市保健福祉局健康部健康企画課感染症医療班

住所：千葉市中央区千葉港1番1号 千葉市役所1階

電話：043-245-5204 FAX：043-245-5554

なお、千葉市以外の千葉県内に所在する医療機関を主たる勤務先としている指定医及び、千葉市以外の千葉県内に所在する指定医療機関については、今までどおり疾病対策課が申請窓口になります。

2 経過的特例の終了について（平成29年12月31日まで）

難病法施行令附則第3条で旧制度から受給であった方について、難病法の施行から3年以内（平成27年1月1日から平成29年12月31日まで）は自己負担上限額が下がる等の負担が軽減される経過的特例がとられていました。

この経過的特例の終了に伴い、以下の点について取扱いが変更になりますので、レセプトの処理上ご注意ください。

（1）公費負担者番号の変更（上記1と併せてご確認ください）及び受給者証の色の変更

- 公費負担者番号が以下のとおり変更となっています。

経過的特例	原則
54125018（緑）	54126016（ピンク）

- 生活保護受給者については、引き続き「54126028」です。
- 公費負担者番号の変更に伴い、特定医療費（指定難病）受給者証（以下「受給者証」と言います。）の色が経過的特例の「緑色」から原則の「ピンク色」へと変更になりました。平成30年1月1日以降の有効期間の受給者証は「全てピンク色」の受給者証となっています。

（2）自己負担上限額の変更

- 自己負担上限額が下表のとおり変更となっています。

指定難病医療費助成制度の自己負担上限額一覧表

		経過措置 (H29.12.31まで)			原則 (H30.1.1以降)		
階層区分	階層区分の基準	自己負担上限額 単位：円 (患者負担割合：2割、外来+入院)			自己負担上限額 単位：円 (患者負担割合：2割、外来+入院)		
		一般	特定疾患 治療研究 事業の 重症患者	人工 呼吸器等 装着者	一般	高額 かつ 一 (※2)	人工 呼吸器等 装着者
生活保護	—	0	0	0	0		0
低所得Ⅰ	市町村民税 非課税	2,500			2,500		
低所得Ⅱ		5,000	2,500		5,000		
一般所得Ⅰ	市町村民税 7.1万円未満	5,000		1,000	10,000	5,000	1,000
一般所得Ⅱ	市町村民税7.1万円以上 25.1万円未満	10,000	5,000		20,000	10,000	
上位所得	市町村民税 25.1万円以上	20,000			30,000	20,000	

（3）食事療養費の助成終了

食事療養費の取扱いが以下のとおり変更となっています。

経過的特例	原則
食事助成あり（1/2 負担）	食事助成なし

- 生活保護受給者については、引き続き「食費免除」です。

- ・指定難病患者に該当する場合、食事療養費は以下の負担額です。

受給者証の適用区分がア～エ、Ⅲ・Ⅳの場合 → 1食当たり 260 円

受給者証の適用区分がオ、Ⅱの場合 → 1食当たり 210 円（入院が 90 日以内）
（入院が 90 日超は 160 円）

受給者証の適用区分がⅠの場合 → 1食当たり 100 円

3 受給者証の指定医療機関の記載方法の変更

本県では、平成 29 年 11 月 9 日から、受給者証の医療機関の欄の記載を、医療機関名を記載する形から包括的な記載※に変更しました。（受給者証の記載は変わりましたが、利用方法は今までと同じです。）

※受給者証には「難病法に基づき指定された指定医療機関での診療等について医療費助成の対象となります。」と記載しています。

- ①医療機関が都道府県知事（平成 30 年 4 月以降は政令市長含む）から指定を受けている場合は、受給者に対して行われる難病に関する診療・処方、公費（公費番号 54）の助成対象となります。（受給者証に個々の医療機関名がなかったとしても、公費を適用の上、月額自己負担上限額の範囲内で受給者への請求をお願いします。）
- ②受給者証に記載の疾患に関して行われる診療等のみが医療費助成の対象となります。
（治療内容が公費の対象となるかは、個々の患者容態とも密接に関連していることから、県・市では判断できません。疾患に起因する治療であると指定医療機関が判断されるものについて公費の対象として請求をお願いします。）
- ③指定医療機関である病院・診療所に出された処方箋について特定医療の適用がされていなければ、薬を処方する薬局が指定医療機関であったとしても、その処方箋は特定医療費の対象となりません。
- ④平成 29 年 11 月 9 日までに発行された受給者証についても取扱いは上記と同様で、都道府県から指定を受けている医療機関であれば、受給者証に医療機関名が記載されていなくても医療費助成の対象となります

4 自己負担限度額管理手帳の記載について

指定難病医療費助成制度では、医療費（総額。介護サービス費含む）の支払い状況により支給認定申請が承認となる場合（※1）や、自己負担上限額が軽減される制度があります（※2）。そのため、

- ①自己負担上限額に達しても、自己負担限度額管理手帳の医療費総額の欄が 5 万円に達するまでは、医療費総額の記載をお願いします。
- ②生活保護受給者で窓口支払いがない場合でも、医療費の状況が認定に関わることから、自己負担限度額管理手帳に医療費総額の記載をお願いします。

また、指定医療機関名の欄または徴収欄のどちらかにゴム印を使用して頂けると、保険変更などで自己負担上限額が下がった場合の療養費申請（県への還付請求）の際に支出を証明する書類として使用可能となりますので、ご協力をお願いします。

※1（軽症者特例）

1 か月ごとの指定難病の医療費総額が 33,330 円を超える月が、年間 3 回以上ある場合

※2（高額かつ長期）

1 か月ごとの指定難病の医療費総額が 5 万円を超える月が、年間 6 回以上ある場合

5 所得区分の取り扱いについて

高額療養費に係る所得区分（受給者証では「適用区分」と記載）について、医療機関から多くの問い合わせが寄せられていますが、以下のとおりの対応をお願いします。

（1）受給者証と限度額認定証の区分が異なる場合

受給者から、指定難病の受給者証と保険者が発行した限度額認定証（その他、所得区分の記載がされている書類）の提示があった場合で、受給者証の適用区分と限度額認定証の所得区分が異なる場合は、受給者証と限度額認定証のうち、発行日が新しい方の区分を優先してください。

（例：受給者証が平成 30 年 1 月 1 日発行で区分が「ウ」、限度額認定証が平成 30 年 1 月 5 日発行で区分が「イ」の場合、発行日が新しい限度額認定証の区分「イ」でレセプトを処理してください。）

（2）受給者が高齢者（70 歳以上の場合）で、お持ちの保険証が「現役並み所得者（3 割負担）」の場合

受給者がお持ちの保険証が「現役並み所得者（3 割負担）」となっている場合、受給者証の適用区分がⅠ～Ⅲであったとしても、レセプト上は所得区分を「Ⅳ」としてください。

（3）受給者証の適用区分に取消線が引かれている場合

受給者証の適用区分に取消線が引かれている場合、受給者が加入保険の変更手続きを行っている最中であり、千葉県から保険者に対して所得区分が照会中であることを意味しています。国の通知では、上記（2）の場合はⅣで、そうでない場合は一般（「ウ」又は「Ⅲ」）としてレセプトを処理してください。

（4）70 歳の誕生日を過ぎた方の受給者証の区分が「ア」～「オ」の場合

本来、70 歳の誕生日を迎えた方は、所得区分が「Ⅰ」～「Ⅳ」になりますが、県から発行される受給者証は 70 歳の誕生日を過ぎていたとしても受給者証の区分が「ア」～「オ」場合があります。所得区分については、保険者から変更の連絡を受け、できる限り速やかに新しい区分が記載された受給者証を交付していますが、更新申請で事務処理が増大している期間（7～9 月）に変更の連絡が来た場合など、新しい区分の入った受給者証の交付が遅れることがあります。

また、保険者からの変更連絡が遅れることもありますので、70 歳の誕生日以降、すぐに区分が変更になるのは難しい状況です。処理の方法については、上記（1）～

（3）を参考にさせていただいて、不明な場合は県疾病対策課までお問い合わせください。疾病対策課でも、保険者から連絡が来ていない場合は区分をお伝えすることができませんので、その際にご容赦ください。

6 指定難病医療費に係るレセプトの記載方法について

子ども医療費（公費番号 83）や、重度心身障害者（児）医療給付（公費番号 81）については、指定難病医療費助成の自己負担上限額に対して適用されます。

お問い合わせの多い事例について、別紙をご参照の上、レセプトの作成をお願いします。

なお、レセコンの入力方法等、一般的なレセプトの入力方法については、県ではお答えできませんのでご了承ください。（国保連や支払基金にお問い合わせください。）

7 臨床調査個人票の有効期限及び新しい臨床調査個人票への移行についてのお願い

（指定医が所在する病院・診療所のみ）

（1）旧臨床調査個人票での支給認定申請の期限について（平成30年3月まで）

指定難病医療費助成を受けるためには、対象疾患に罹患している方が都道府県または政令市に支給認定申請を行う必要がありますが、その際に指定医が記載した臨床調査個人票（様式は厚生労働省 HP よりご覧ください）が必要となります。

この臨床調査個人票は、平成29年4月から様式が大きく変更になりましたが、平成30年3月までは経過措置期間として、旧臨床調査個人票での支給認定申請も受け付けてきました。

しかし、平成30年4月以降は、旧臨床調査個人票での支給認定申請は受付ができません。（記載時点が平成30年3月以前でも支給認定申請が4月以降であれば受付ができません。）

そのため、現在も旧臨床調査個人票を使用されている場合は、なるべく早期に新しい様式の臨床調査個人票へ移行されますようお願いいたします。

（2）臨床調査個人票の有効期間について

本県では、適正に医療費助成の審査を行うため、この臨床調査個人票の有効期間を記載日から6か月と設定しており、6か月を超えて申請された場合は、新しく臨床調査個人票を作成して頂いています。

また、医療費助成は申請を受け付けた日に遡って適用となる（難病法第7条第5項）ため臨床調査個人票を渡される際に、申請者に早急な手続きをお勧めしていただくようご協力をお願いします。

（3）新規で使用了臨床調査個人票の更新申請時の再使用について

本県では、1月から6月の間に新規申請（疾患の追加・変更の申請を含みます）を行った場合、認定期間の終了が申請を行った年の12月末となります。この支給認定を継続して受けるためには、その年の間に更新の手続きが必要ですが、この更新申請（本県では7月から9月を更新の集中受付期間としており、この期間に申請があったものについては、原則年内に更新後の受給者証が発行されます。（10月から12月の間も更新申請を受け付けていますが、年内の受給者証発行は確実ではありません。））においては、新規申請時に使用した臨床調査個人票の記載日から6か月以内であれば、その臨床調査個人票の写しで更新申請することが可能です。

このため、県からも申請者に対し、臨床調査個人票の写しを取るよう案内を行いますが、医療機関におかれましても申請者に対し写しを取り、保管しておくことをお伝えくださいますよう、ご協力をお願いします。

指定難病医療費と重度心身障害者医療費が重複した場合のレセプトの記載方法について

別紙

前提条件

- 1 保険負担 7 割
- 2 指定難病医療費の月額自己負担上限額 10,000円
- 3 重度心身障害者医療費自己負担額 通院1回・入院1日 300円 保険調剤 0円

事例1 4/5にA病院で受けた診療に対する医療費総額 20,000円

医療費総額20,000円

①	②	③=④+⑤
---	---	-------

- ① 保険者負担：7割（14,000円） 20,000円×7割
- ② 公費（54）負担：1割（2,000円） 20,000円×1割
- ③ 指定難病医療費の自己負担額：2割（4,000円） 20,000円×2割
- ④ 公費（81）負担：3,700円 4,000円－300円
- ⑤ 重度心身障害医療費自己負担額：300円

④	⑤
---	---

事例2 上記事例1の受給者が4/5にB薬局で受けた処方に対する医療費総額 10,000円

医療費総額10,000円

①	②	③=④
---	---	-----

- ① 保険者負担：7割（7,000円） 10,000円×7割
- ② 公費（54）負担：1割（1,000円） 10,000円×1割
- ③ 指定難病医療費の自己負担額：2割（2,000円） 10,000円×2割
- ④ 公費（81）負担：2,000円 ③の負担額
- ⑤ 重度心身障害医療費自己負担額：0円（薬局の処方のため無料）
- ⑥ 指定難病医療費の自己負担累積額：6,000円（事例1の③4,000円+事例2の③2,000円）

事例3 上記事例2の受給者が4/10にC病院で受けた診療に対する医療費総額 25,000円

医療費総額25,000円

①	②	③=④+⑤
---	---	-------

- ① 保険者負担：7割（17,500円） 25,000円×7割
- ② 公費（54）負担：1割（2,500円） +1,000円 = 3,500円
（25,000円×1割） +（本来の自己負担額5,000円－今回の自己負担額4,000円（③））
- ③ 指定難病医療費の自己負担額：4,000円（本来は2割負担で5,000円となりますが、事例2までの自己負担累積額が6,000円であり、この受給者の月額自己負担上限額は1万円であることから、上限額に達するまでの4,000円が自己負担額となります。残りの1,000円は②に含まれます）
- ④ 公費（81）負担：3,700円 4,000円－300円
- ⑤ 重度心身障害医療費自己負担額：300円
- ⑥ 指定難病医療費の自己負担累積額：10,000円（事例1の③4,000円+事例2の③2,000円+事例3の③4,000円）

事例4 上記事例3の受給者が4/20にA病院で受けた診療に対する医療費総額 10,000円

医療費総額10,000円

①	②
---	---

- ① 保険者負担：7割（7,000円） 10,000円×7割
- ② 公費（54）負担：3,000円
※本来は公費負担割合が1割（1,000円）となりますが、事例3までの自己負担累積額が10,000円に達したことから保険負担を除いた全額が公費（54）負担の対象となります。
- ③ 指定難病医療費の自己負担額：0円
- ④ 公費（81）負担：0円（指定難病医療費の自己負担額が発生していないため）
- ⑤ 重度心身障害医療費自己負担額：0円（指定難病医療費の自己負担額が発生していないため）
- ⑥ 指定難病医療費の自己負担累積額：10,000円（事例1の③4,000円+事例2の③2,000円+事例3の③4,000円）

指定難病特定医療費自己負担 限度額管理手帳の記載方法

※ 指定医療機関名と徴収印(確認印)の箇所には、出来るだけ(どちらか一方でも)医療機関における統一した印をお使いください。
(通知の3(自己負担限度額管理手帳の記載について)をご参照ください。)

日付	指定医療機関名 ※	医療費 介護サービス費 総額(10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印 (確認印) ※
4/5	A病院	20,000	4,000	4,000	A病院
4/5	B薬局	10,000	2,000	6,000	B薬局
4/10	C病院	25,000	4,000	10,000	C病院
4/20	A病院	10,000	0		A病院

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関	確認印
4/10	C病院	C病院