

事 務 連 絡
平成27年4月24日

各

(	都道府県	)
	指定都市	
	中核市	

 障害保健福祉主管部（局）
更生医療担当 御中

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課

会計検査院の是正改善の処置要求への具体的対応について

標記については、「自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者に係る障害者医療費国庫負担金の算定に関する会計検査院の是正改善の処置要求への対応について」（平成27年4月24日障精発0424第1号）により通知しているところですが、具体的な確認事項等下記のとおり整理しましたので、今後の対応の参考として下さい。

記

1. 実施主体における確認事項等について

（1）自立支援医療申請受付時における確認

自立支援医療の申請受付時（再認定時を含む。）において、自立支援医療と医療保険の特定疾病制度の併用者については、特に

- ① 特定疾病療養受療証の有無
- ② 特定疾病療養受療証の有効期間
- ③ 特定疾病療養に係る自己負担限度額

の確認をお願いします。

また、①～③は、後日、連名簿等の審査にも必要であることから、実施主体において台帳等への記録を行うなど、対象者の把握等に漏れのないよう留意して下さい。

（2）連名簿等における確認

実施主体においては、審査支払機関から提供のあった連名簿等により、以下の事項について自立支援医療制度に則った適正な請求であるかの確認をお願いします。

- ・ 生年月日
- ・ 自立支援医療の認定期間

- ・ 自立支援医療に係る負担上限月額
- ・ 指定医療機関名(コード)
- ・ 特定疾病療養受療証の有無
- ・ 特定疾病療養受療証の有効期間
- ・ 特定疾病の限度額が1万円か2万円か 等

また、連名簿を用いた確認方法の例については、別紙を参照して下さい。

特に特定疾病制度の併用者に関して連名簿等の審査を行う事項

事項	審査内容	審査方法
資格	自立支援医療の認定期間において、特定疾病療養受療証は有効かどうか。	自立支援医療の認定期間と特定疾病療養受療証の有効期間とを突合する。
公費負担額	1 請求当り公費負担額等計(患者負担額+公費負担額) ≤ 1万円(上位所得者は2万円。以下同様。)となっているか。	受療証の自己負担限度額(1万円又は2万円)と個々の請求ごとの「患者負担額+公費負担額」とを突合する。
	公費負担額等計(患者負担額+公費負担額)が1万円を下回る場合は①医療保険の被保険者負担割合又は②医療費の1割に相当する額となっているか。	「患者負担額+公費負担額」と①受給者の加入保険、年齢、所得等に基づく被保険者負担割合から算定される額又は②総医療費の1割に相当する額とを突合する。

2. 具体的な取組好事例

(例1)

審査を手作業で行うと審査漏れの可能性が高くなり、事務効率も悪いことから、遺漏なく効率的に審査を実施するため、連名簿を電子データで入手し、既存のシステムに取込みが可能であれば取込み、また、システムがない場合でもエクセル等のファイル形式で取込みを行うなどにより、受給者データと連名簿等の突合を電子データにより行い、効率的に審査を行う体制を整備した。

(例2)

病院又は診療所が発行する院外処方箋にマル長※である旨の記載がされていないために、調剤薬局においてマル長での保険請求がなされなかったものがあると考えられることから、関係者の了解を得て、病院及び診療所において、マル長対象者の院外処方箋の発行の際には、マル長である旨の記載(処方せん備考欄への「マル長適用」等の記載又は欄外にゴム印等で「長」の表示)をすることとした。

※高額長期疾病に係る高額療養費の特例の対象者

特定疾病併用者の自立支援医療費に係る連名簿の審査方法の例 <<参考>>

事前作業

自立支援医療の認定・再認定の際に、人工透析患者については、特定疾病療養受療証の写しを必ず提出させ、受給者台帳等の受給者情報を管理する台帳に、特定疾病療養受療証の有無、特定疾病療養受療の自己負担限度額が1万円か2万円か、交付日・有効期限等の情報を記録しておく（所得・年齢により自己負担限度額は変動するので、必ず認定・再認定の都度受療証の写しを提出させ、記録する）。

1. 受給者台帳より、人工透析患者で特定疾病療養受療制度の対象となっている者（特定疾病併用者）の受給者番号を抽出する。
2. 1で抽出した特定疾病併用者のリストと連名簿の受給者番号を突合して、連名簿のうちの特定疾病併用者に係る請求を特定する。
3. 連名簿の特定疾病併用者に係る請求について、以下のポイントに留意して審査する。
 - ① 自立支援医療費と患者負担額の合計が1万円（2万円）以下となっているか
⇒ 連名簿の「一部負担金（患者負担額）」欄＋「決定金額（自立支援医療費）」 $\leq 10,000$ 円（※）となっているか。 ※70歳未満の上位所得者は20,000円
 - ② 「特記」欄が「02」となっているか（支払基金の連名簿の場合のみ。国保、後期には「特記」欄はない）
⇒ 「02」（70歳未満の上位所得者で、特定疾病療養受療の自己負担限度額が20,000円の場合は「16」）であれば、特定疾病併用者として請求されており、「00」の場合は特定疾病療養受療の対象ではないものとして請求されているため、決定金額が誤っている可能性が高い。
 - ③ 診療月が特定疾病療養受療証の有効期限内となっているか。
 - ④ 特定疾病療養受療の自己負担限度額が変更になっている者については、特に変更後の診療月分の請求額が、変更後の自己負担限度額により請求されているか留意する。

② 特記コード
00: 該当なし
02: 特定疾病
16: 特定疾病

① 1万円(2万円)以下か
一部負担金+決定金額≤10,000(20,000)円

連 名 簿

法別 15.) () 御中

平成 24 年

決定金額 =
自立支援医療費

社会保険診療報酬支払基金支部

受給者番号	特記	日数 (回数)	決定点数 (基準額)	一部負担金 (患者負担額)	決定金額	請求者	保険者	診療年月	備考
A 1263	00	14	38,256	5,000	76,256	1は医科 4は調剤	01420017		
B 1263	00	3	4,579		13,737		01420017		38,654
C 1511	02	13	38,660	5,000	5,000		01420017		5,017
D 1511	00	5	5,833		17,499		01420017		38,660

例えば、特定疾病併用者(自立支援医療の自己負担上限月額5,000円、特定疾病療養の自己負担限度額10,000円)である受給者番号1263のMと受給者番号1511のWの請求A～Dについて見ると、以下のようになる。

〈受給者番号1263 M〉

A 誤り⇒正しくは、「決定金額」欄が5,000円(一部負担金と合わせて1万円となるはず)

[理由]

- ① 一部負担金+決定金額≤1万円となるべきところ、一部負担金(5,000円)+決定金額(76,256円)=81,256円 となっており、特定疾病の自己負担限度額1万円を超えている。
- ② 特定疾病併用者であるのに、「特記」欄が「02」ではなく「00」となっている。

B 誤り⇒正しくは、「決定金額」欄が10,000円(一部負担金と合わせて1万円となるはず)

[理由]

- ① 一部負担金+決定金額≤1万円となるべきところ、一部負担金(0円)+決定金額(13,737円)=13,737円 となっており、特定疾病の自己負担限度額1万円を超えている。
- ② 特定疾病併用者であるのに、「特記」欄が「02」ではなく「00」となっている。

〈受給者番号1511 W〉

C 正しい

[理由]

- ① 一部負担金(5,000円)+決定金額(5,000円)≤1万円となっている。
- ② 「特記」欄が「02」となっている。

D 誤り⇒正しくは、「決定金額」欄が10,000円（一部負担金と合わせて1万円となるはず）

〔理由〕

- ① 一部負担金＋決定金額 $\leq$ 1万円となるべきところ、一部負担金(0円)＋決定金額(17,499円)＝17,499円となっており、特定疾病の自己負担限度額1万円を超えている。
- ② 特定疾病併用者であるのに、「特記」欄が「02」ではなく「00」となっている。

（注1）レセプト単位での確認をする際の参考例である旨、ご留意下さい。

（注2）本参考例は、人工透析患者における社会保険診療報酬支払基金（支部）より提供される連名簿を例としたものであるので、その他の連名簿等については、本例を参考として確認等を行うようにして下さい。