

『公費負担医療等の手引 11年8月』正誤 (2012.1.18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																											
■304	右段、下から7～9行目	…の創設等が提案されているが、平成23年の第177回通常国会においても同法案成立の目途は立っていない。	…の創設等が提案され、平成23年第177回通常国会での継続審議の結果7月15日に可決成立し、同月22日に施行された。																											
■407	第10章第3節肝炎治療	(別添追補資料要参照。)																												
■408	左段、上から6行目	…受理した月の初日から1年間。ただし、下記…	…受理した月の初日から1年間 以内 で治療予定期間に即した期間。ただし、下記…																											
439	点数欄「⑩再診」欄	再診 <u> </u> × 3回 <u>213</u>	再診 <u>69</u> × 3回 <u>207</u>																											
439	点数欄「⑫投薬」欄	⑬ 外用薬剤 単位 <u>96</u>	左記の <u>96</u> を削除																											
439	療養の給付欄「公費②」	<u>1,569</u>	<u>1,563</u>																											
■455	右段、下から1～4行目	しかし、参議院で可決後、衆議院で継続審議となり、平成23年の第177回通常国会においても継続審議のままとなっている。	同法案は、平成23年の第177回通常国会にて7月15日に可決成立し、同月22日に施行された。																											
468	左段、下から10行目	…外来管理加算の点数に満たない「 検査 …	…外来管理加算の点数に満たない「 処置 …																											
502	「⑬合計額」記入欄	2 2 7 <u>5 6 0</u> (円)	2 2 7 <u>6 6 8</u> (円)																											
503	「⑬合計額」記入欄	4 9 <u>9 2 0</u> (円)	4 9 <u>5 0 0</u> (円)																											
■599	子ども医療費助成制度一覧「兵庫」について右の通り差し替え	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">対象年齢(0歳～)</th> <th rowspan="2">給付制限等</th> <th rowspan="2">所得制限</th> <th rowspan="2">自己負担金</th> <th colspan="2">助成方法</th> <th rowspan="2">入院食事</th> </tr> <tr> <th>外来</th> <th>入院</th> <th>現物給付</th> <th>償還払い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>小学3年生</td> <td>小学3年生</td> <td rowspan="2">なし</td> <td rowspan="2">0歳はなし。1～9歳の年度末は自立支援医療制度準拠</td> <td rowspan="2">外来:1日800円(低所得者600円)を限度に月2回まで負担、入院:定率1割負担(負担限度額月額3,200円(低所得者2,400円))。*連続3カ月を超える入院の場合、4カ月以降は一部負担金なし</td> <td rowspan="2">○</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">×</td> </tr> <tr> <td>小卒</td> <td>中卒</td> <td>自立支援医療制度準拠</td> <td>外来・入院とも医療保険における自己負担額の2/3</td> <td>○(外来)</td> <td>○(入院)</td> </tr> </tbody> </table>			対象年齢(0歳～)		給付制限等	所得制限	自己負担金	助成方法		入院食事	外来	入院	現物給付	償還払い	小学3年生	小学3年生	なし	0歳はなし。1～9歳の年度末は自立支援医療制度準拠	外来:1日800円(低所得者600円)を限度に月2回まで負担、入院:定率1割負担(負担限度額月額3,200円(低所得者2,400円))。*連続3カ月を超える入院の場合、4カ月以降は一部負担金なし	○		×	小卒	中卒	自立支援医療制度準拠	外来・入院とも医療保険における自己負担額の2/3	○(外来)	○(入院)
対象年齢(0歳～)		給付制限等	所得制限	自己負担金	助成方法					入院食事																				
外来	入院				現物給付	償還払い																								
小学3年生	小学3年生	なし	0歳はなし。1～9歳の年度末は自立支援医療制度準拠	外来:1日800円(低所得者600円)を限度に月2回まで負担、入院:定率1割負担(負担限度額月額3,200円(低所得者2,400円))。*連続3カ月を超える入院の場合、4カ月以降は一部負担金なし	○		×																							
小卒	中卒							自立支援医療制度準拠	外来・入院とも医療保険における自己負担額の2/3	○(外来)	○(入院)																			
599	子ども医療費助成制度一覧「徳島」の「助成方法」欄を右の通り訂正	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">助成方法</th> </tr> <tr> <th>現物給付</th> <th>償還払い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>(3歳未満)</td> <td>(3歳以上)</td> </tr> </tbody> </table>			助成方法		現物給付	償還払い	○	○	(3歳未満)	(3歳以上)																		
助成方法																														
現物給付	償還払い																													
○	○																													
(3歳未満)	(3歳以上)																													
599	子ども医療費助成制度一覧「香川」の「助成方法」欄を右の通り訂正	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">助成方法</th> </tr> <tr> <th>現物給付</th> <th>償還払い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			助成方法		現物給付	償還払い	○																					
助成方法																														
現物給付	償還払い																													
○																														

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、ご確認ください。

第10章 第3節 肝炎治療特別促進事業(P.407 追補)

(2011年12月3日作成・2012年1月18日改訂)

(※下線を付した部分は2011年12月26日の厚労省通知により追加・変更となった箇所です)

ペグインターフェロン製剤の適応にB型慢性活動性肝炎が追加されたことに伴い、「肝炎治療特別促進事業の実務上の取り扱いについて」が2011(平成23)年9月26日に一部改正され、B型慢性活動性肝炎に対してペグインターフェロン製剤を用いた治療も医療給付事業の対象となった。なお、2011年度末までに申請した者については2011年9月26日に遡って適用できることとされている。

さらに、2011年12月26日には、C型慢性肝疾患の給付対象医療として、「ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法」が追加された。これについても、特例的な取扱いとして、2011(平成23)年度末日までに申請した者について、平成23年11月25日(テラプレビルの薬価収載日)に遡って適用できることとされた。

【認定基準(差し替え)】〔公費負担医療等の手引きP.481²中〕

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつHBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎及びC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。ただし、これまでの治療において、十分量の3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル)による24週投与が行われた場合を除く。

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース

② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

(2) ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビルによる3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、これまでに3剤併用療法を受けたことがなく、かつ肝がんの合併のないもの

※1 上記については、1回のみの助成とする。ただし、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 3剤併用療法の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医(日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。)と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。