

『公費負担医療等の手引』2019年7月版 正誤・追補(2019.11.29)

※追補についてはページ数の先端に■を入れております。

頁	訂正箇所	誤	正																													
7	表中「制度名」欄、上から1行目	小児慢性特定疾病 治療 支援事業	小児慢性特定疾病 医療 支援事業																													
8	下から6~5行目 右のように訂正 誤植等追加訂正	アンジェルマン(Angelman)症候群 (染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群)	小児慢性難病 20歳未満																													
15	下から15行目	劇症肝炎	特定疾患 更新に限る																													
20	下から7行目	重症急性脾炎	特定疾患 更新に限る																													
31	下から15行目	肺気腫	公害医療 S60. 2月末までの認定者																													
34	上から18行目の下に追加 誤植追加訂正	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)	特定疾患																													
104 110	表中 「現役Ⅲ」の 「自己負担限度額」欄、下段	多数該当： 140,000円	多数該当： 140,100円																													
133	右段上から9行目	自己負担は 8,000円 となる。	自己負担は 18,000円 となる。																													
134	右段上から5行目	〔高額療養費： 14,000円 、一部負担金の残	〔高額療養費： 18,000円 、一部負担金の残																													
138	表11<70歳以上> 適用区分「VI」の「レプト単位」	252,600円＋ (医療費842,000円)×1% (多数該当140,100円)	252,600円＋ (医療費842,000円)×1% (多数該当140,100円)																													
144	下から6行目 (【レプト請求】 表中、「保険」の 負担金額)	(26,790) 74,390	(26,790) 74,390 ※																													
■ 153	右段上から14行目	費の額は、 2018年 10月1日から次の基準によ	費の額は、 2019年 10月1日から次の基準によ																													
■ 153	右段上から19行目	1回につき1,540円(初回のみ 3,150円)	1回につき1,540円(初回のみ 3,250円)																													
■ 153	右段上から26行目~28行目	み 3,180円 とする。 ② 2術(はり、きゅう併用)の場合 1回につき 1,580円 (初回のみ 3,240円)	み 3,280円 とする。 ② 2術(はり、きゅう併用)の場合 1回につき 1,590円 (初回のみ 3,350円)																													
■ 153	右段上から34行目~35行目	っては、1回につき 1,610円 (初回のみ 3,270円)とする。	っては、1回につき 1,620円 (初回のみ 3,380円)とする。																													
■ 154	右段下から16行目	ての療養費の額は、 2018年 10月1日以降は次	ての療養費の額は、 2019年 10月1日以降は次																													
■ 154	右段下から11行目	1回につき 80円 加算	1回につき 110円 加算																													
■ 154	右段下から6行目	あっては、 110円 とする。	あっては、 150円 とする。																													
■ 156	左段上から7行目	(2018年6月1日改定)	(2019年10月1日改定)																													
■ 156	左段上から9行目 表中	1. 初 検 料 1,460円	1. 初 検 料 1,520円																													
■ 156	左段上から12行目 表中	4. 再 検 料 400円	4. 再 検 料 410円																													
■ 156	右段「骨折」表を右に差し替え	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">骨 折</th> <th>整 復 料</th> <th>後 療 料</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 鎖</td> <td>骨</td> <td>5,400円</td> <td rowspan="8">} 820円</td> </tr> <tr> <td>2. 肋</td> <td>骨</td> <td>5,400円</td> </tr> <tr> <td>3. 上 腕</td> <td>骨</td> <td>11,700円</td> </tr> <tr> <td>4. 前 腕</td> <td>骨</td> <td>11,700円</td> </tr> <tr> <td>5. 大 腿</td> <td>骨</td> <td>11,700円</td> </tr> <tr> <td>6. 下 腿</td> <td>骨</td> <td>11,700円</td> </tr> <tr> <td>7. 手根骨、足根骨</td> <td></td> <td>5,400円</td> </tr> <tr> <td>8. 中手骨、中足骨、指(手・足)骨</td> <td></td> <td>5,400円</td> </tr> </tbody> </table>	骨 折		整 復 料	後 療 料	1. 鎖	骨	5,400円	} 820円	2. 肋	骨	5,400円	3. 上 腕	骨	11,700円	4. 前 腕	骨	11,700円	5. 大 腿	骨	11,700円	6. 下 腿	骨	11,700円	7. 手根骨、足根骨		5,400円	8. 中手骨、中足骨、指(手・足)骨		5,400円	
骨 折		整 復 料	後 療 料																													
1. 鎖	骨	5,400円	} 820円																													
2. 肋	骨	5,400円																														
3. 上 腕	骨	11,700円																														
4. 前 腕	骨	11,700円																														
5. 大 腿	骨	11,700円																														
6. 下 腿	骨	11,700円																														
7. 手根骨、足根骨		5,400円																														
8. 中手骨、中足骨、指(手・足)骨		5,400円																														

156	右段「不全骨折」表を右に差し替え	不全骨折	固定料	後療料																																																																																																												
		1. 鎖骨、胸骨、肋骨 2. 骨盤 3. 上腕骨、前腕骨 4. 大腿骨 5. 下腿骨 6. 膝蓋骨 7. 手根骨、足根骨、中手骨、中足骨、指(手・足)骨	4,000円 9,400円 7,200円 9,400円 7,200円 7,200円 3,800円	690円																																																																																																												
156	右段「脱臼」表を右に差し替え	脱臼	修復料	後療料																																																																																																												
		1. 顎関節 2. 肩関節 3. 肘関節 4. 股関節 5. 膝関節 6. 手関節、足関節、指(手・足)関節	2,500円 8,100円 3,800円 9,200円 3,800円 3,800円	690円																																																																																																												
157	右段上から16行目と19行目	950円	1,000円																																																																																																													
157	右段下から10行目	③ 部位、回数に関係なく1日 310	③ 部位、回数に関係なく1日 320																																																																																																													
162	右段上から5行目～12行目	イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 12,400円 ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2 9,400円 ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3 8,400円 ニ イからハ以外の場合 7,400円 月の2日目以降の訪問の場合 2,980円	イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 12,530円 ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2 9,500円 ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3 8,470円 ニ イからハ以外の場合 7,440円 月の2日目以降の訪問の場合 3,000円																																																																																																													
193	左段上から6行目	合 344万円以上に相当	合 340万円以上に相当																																																																																																													
194	右段下から3行目	都道府県知事(政令市及び中核市は市長)	都道府県知事(政令市は市長)																																																																																																													
199	表を右に差し替え 2019年10月以降適用	居住費・食費の基準費用額・負担限度額と補足給付額 (単位:円/日)																																																																																																														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">利用者負担段階</th> <th colspan="4">居住費(滞在費)</th> <th colspan="3">食費</th> <th colspan="2">合計</th> </tr> <tr> <th>居室累類型</th> <th>基準費用額</th> <th>負担限度額</th> <th>補足給付額</th> <th>基準費用額</th> <th>負担限度額</th> <th>補足給付額</th> <th>負担限度額</th> <th>補足給付額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">第1段階</td> <td>ユニット型個室</td> <td>2,006</td> <td>820</td> <td>1,186</td> <td rowspan="4">1,392</td> <td rowspan="4">300</td> <td rowspan="4">1,092</td> <td>1,120</td> <td>2,278</td> </tr> <tr> <td>ユニット型準個室</td> <td>1,668</td> <td>490</td> <td>1,178</td> <td>790</td> <td>2,270</td> </tr> <tr> <td>従来型個室</td> <td>1,668 (1,171)</td> <td>490 (320)</td> <td>1,178 (851)</td> <td>790 (620)</td> <td>2,270 (1,943)</td> </tr> <tr> <td>多床室</td> <td>377 (855)</td> <td>0</td> <td>377 (855)</td> <td>300</td> <td>1,469 (1,947)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">第2段階</td> <td>ユニット型個室</td> <td>2,006</td> <td>820</td> <td>1,186</td> <td rowspan="4">1,392</td> <td rowspan="4">390</td> <td rowspan="4">1,002</td> <td>1,210</td> <td>2,188</td> </tr> <tr> <td>ユニット型準個室</td> <td>1,668</td> <td>490</td> <td>1,178</td> <td>880</td> <td>2,180</td> </tr> <tr> <td>従来型個室</td> <td>1,668 (1,171)</td> <td>490 (420)</td> <td>1,178 (751)</td> <td>880 (810)</td> <td>2,180 (1,753)</td> </tr> <tr> <td>多床室</td> <td>377 (855)</td> <td>370 (370)</td> <td>7 (485)</td> <td>760 (760)</td> <td>1,009 (1,487)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">第3段階</td> <td>ユニット型個室</td> <td>2,006</td> <td>1,310</td> <td>696</td> <td rowspan="4">1,392</td> <td rowspan="4">650</td> <td rowspan="4">742</td> <td>1,960</td> <td>1,438</td> </tr> <tr> <td>ユニット型準個室</td> <td>1,668</td> <td>1,310</td> <td>358</td> <td>1,960</td> <td>1,100</td> </tr> <tr> <td>従来型個室</td> <td>1,668 (1,171)</td> <td>1,310 (820)</td> <td>358 (351)</td> <td>1,960 (1,470)</td> <td>1,100 (1,093)</td> </tr> <tr> <td>多床室</td> <td>377 (855)</td> <td>370 (370)</td> <td>7 (485)</td> <td>1,020 (1,020)</td> <td>749 (1,227)</td> </tr> </tbody> </table>								利用者負担段階	居住費(滞在費)				食費			合計		居室累類型	基準費用額	負担限度額	補足給付額	基準費用額	負担限度額	補足給付額	負担限度額	補足給付額	第1段階	ユニット型個室	2,006	820	1,186	1,392	300	1,092	1,120	2,278	ユニット型準個室	1,668	490	1,178	790	2,270	従来型個室	1,668 (1,171)	490 (320)	1,178 (851)	790 (620)	2,270 (1,943)	多床室	377 (855)	0	377 (855)	300	1,469 (1,947)	第2段階	ユニット型個室	2,006	820	1,186	1,392	390	1,002	1,210	2,188	ユニット型準個室	1,668	490	1,178	880	2,180	従来型個室	1,668 (1,171)	490 (420)	1,178 (751)	880 (810)	2,180 (1,753)	多床室	377 (855)	370 (370)	7 (485)	760 (760)	1,009 (1,487)	第3段階	ユニット型個室	2,006	1,310	696	1,392	650	742	1,960	1,438	ユニット型準個室	1,668	1,310	358	1,960	1,100	従来型個室	1,668 (1,171)	1,310 (820)	358 (351)	1,960 (1,470)	1,100 (1,093)	多床室	377 (855)	370 (370)	7 (485)	1,020 (1,020)	749 (1,227)
利用者負担段階	居住費(滞在費)				食費			合計																																																																																																								
	居室累類型	基準費用額	負担限度額	補足給付額	基準費用額	負担限度額	補足給付額	負担限度額	補足給付額																																																																																																							
第1段階	ユニット型個室	2,006	820	1,186	1,392	300	1,092	1,120	2,278																																																																																																							
	ユニット型準個室	1,668	490	1,178				790	2,270																																																																																																							
	従来型個室	1,668 (1,171)	490 (320)	1,178 (851)				790 (620)	2,270 (1,943)																																																																																																							
	多床室	377 (855)	0	377 (855)				300	1,469 (1,947)																																																																																																							
第2段階	ユニット型個室	2,006	820	1,186	1,392	390	1,002	1,210	2,188																																																																																																							
	ユニット型準個室	1,668	490	1,178				880	2,180																																																																																																							
	従来型個室	1,668 (1,171)	490 (420)	1,178 (751)				880 (810)	2,180 (1,753)																																																																																																							
	多床室	377 (855)	370 (370)	7 (485)				760 (760)	1,009 (1,487)																																																																																																							
第3段階	ユニット型個室	2,006	1,310	696	1,392	650	742	1,960	1,438																																																																																																							
	ユニット型準個室	1,668	1,310	358				1,960	1,100																																																																																																							
	従来型個室	1,668 (1,171)	1,310 (820)	358 (351)				1,960 (1,470)	1,100 (1,093)																																																																																																							
	多床室	377 (855)	370 (370)	7 (485)				1,020 (1,020)	749 (1,227)																																																																																																							
		<p>※ 一般的には、負担限度額を窓口で徴収し、補足給付額の上限を特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費として保険請求する。</p> <p>※ 表中の()内は特別養護老人ホーム及び短期入所生活介護(介護予防含む)の場合の額。</p>																																																																																																														
199	左段下から7-8行目	居住費: 1,970 - 1,310 = 660円 食費: 1,380 - 650 = 730円	居住費: 2,006 - 1,310 = 696円 食費: 1,392 - 650 = 742円																																																																																																													
212	左段上から9行目	(1通4,630円以内、ただし、障害認定に係るものについては5,970円以内)	(1通4,630円以内、2019年10月以降は4,720円以内。ただし、障害認定に係るものについては5,970円以内、2019年10月以降は6,090円以内)																																																																																																													
381	右段下から4行目	【法例等】	【法令等】																																																																																																													
411	左段上から1行目	肝炎治療特別促進事業は1999年度から	肝炎治療特別促進事業は2008年度から																																																																																																													
418	②高齢受給者の負担割合図																																																																																																															

	と内訳を右(強調部)のように訂正	公費対象 100,000円	← 8 0 % →	← 2 0 % (2 0 , 0 0 0 円) →	保険給付 80,000円	高額療養費 2,000円	肝炎公費 8,000円	一部負担 10,000円
		公費対象外 100,000円	← 8 0 % →	← 2 0 % (2 0 , 0 0 0 円) →	保険給付 80,000円	高額療養費 2,000円	高額療養費 10,000円	一部負担 8,000円
						← 高額療養費自己負担限度額 → (18,000円)		
		○ 保険給付 174,000円 (80,000円 + 2,000円 + 80,000円 + 2,000円 + 10,000円)				○ 肝炎公費負担 8,000円		
		○ 患者負担 18,000円				※ 入院外において、肝炎治療対象医療に係る患者負担金と肝炎治療対象外医療に係る患者負担金の合計が、高齢受給者の負担限度額を上回る場合は、高額療養費として現物給付される。		
418	下から3段目 右から1列目		一部負担金額 円 (20,000) 28,000 減額 割(円)免除・支払猶予				一部負担金額 円 (18,000) 26,000 減額 割(円)免除・支払猶予	
420	左段上から4 行目と16行目	税・非課税			税・非課税 証明書類			
471	右段上から3 行目	予診の結果、下記①～⑦に掲げる者			予診の結果、下記①～⑧に掲げる者			
471	右段上から13 行目	下記⑦に該当する			下記⑧に該当する			
487	表中 「新型インフルエンザ 予防接種健康被害救済制 度」の「給付金額例」	(略) 遺族一時金 生計維持者である場合 34,200,000円 生計維持者でない場合 2,570,000円			(略) 遺族一時金 生計維持者である場合 34,200,000円 生計維持者でない場合 25,700,000円			
588	表中 「療養病床」の 「経過措置」	(略) 平成30年3月31日まで ※平成24年6月30日までに届け出た医療機関に限る			(略) 2024年3月31日まで ※2018年6月30日までに届け出た医療機関に限る			
618	在宅酸素療法 患者酸素濃縮 器助成 「岩手」の「助 成内容」	酸素濃縮器使用のための電気料金の助成。 助成金は市町村の定めによる。			<u>酸素濃縮器の使用に係る電気料金の1/2相当額</u> <u>1日あたり12時間までの吸入時間800円/月</u> <u>1日あたり12時間を超え24時間までの吸入時間</u> <u>1,900円/月</u>			
618	在宅酸素療法 患者酸素濃縮 器助成 「岩手」の「費 用」	市町村が実施 県は市町村の受給者に低額7,000円を乗じた額を補助。市町村の実助成額の10/10を上限とする。			市町村が実施 県補助割合1/2			
618	在宅酸素療法 患者酸素濃縮 器助成 「宮城」の「助 成内容」	電気料金用単価※に使用月数を乗じて得た額と市町村の実助成額のどちらか低い額から、寄附金その他収入の額を控除した額に2分の1を乗じて得た額以内 ※使用単価は「消費電力」と「吸入時間」に応じて設定			<u>酸素濃縮器使用のための電気料金の助成。</u> <u>助成金は市町村の定めによる。</u>			
618	在宅酸素療法 患者酸素濃縮 器助成 「宮城」の「費 用」	市町村が実施 県補助割合1/2			市町村が実施 県は市町村の受給者に低額7,000円を乗じた額を補助。 市町村の実助成額の10/10を上限とする。			
620	「茨城」の「対 象」	母子健康手帳交付月初日から、出産月の翌月末。ただし、妊娠の継続と安全な出産のために治療が必要となる疾病または負傷で、産科・婦人科受診分のみ			母子健康手帳交付月初日から、出産月の翌月末。ただし、妊娠の継続と安全な出産のために治療が必要となる疾病または負傷で、産科・婦人科受診分のみ (産科、婦人科を標榜する医療機関からの紹介があって、他診療科の検査、診断、治療を要する場合も認められている)			
裏表紙	下から4段目 右から2列目	原則2割(70歳以上で1割負担の患者は1割)(所得に応じた上限あり)			原則2割(75歳以上で1割負担の患者は1割)(所得に応じた上限あり)			

最新の正誤表については、保団連 HP(<https://hodanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介しておりますので、ご確認ください。