

【概要】

「難病の患者に対する医療等に関する法律」に基づき指定される指定難病について、治療方法の確立等に資するため、難病患者データの収集を効率的に行い治療研究を推進することに加え、効果的な治療方法が確立されるまでの間、長期の療養による医療費の経済的な負担が大きい患者を支援するもの。

【業務内容】（【 】内は、現行業務フローにおける平均時間×年間件数（概数）＝年間作業時間）

（1）申請書受付関係業務

ア 申請書等の受付【5分×13,728件＝68,640分】

委託業務に関する申請書、届出書、申出書及びこれらに添付される書類（以下「申請書等」という。）の受付を行う。また、申請書等は、き損、紛失及び処理漏れが起こらぬよう常に整理整頓を行うとともに、受付日を記録すること。

イ 申請書等の確認【10分×17,228件＝172,280分】

受け付けた申請書等の確認を行う。ただし、確認において例外事例があった場合についてはこれを中断し、速やかに本市に報告し、本市と協議したうえで対応する。

ウ 不備のある申請書等の管理【20分×686件＝13,720分】

委託業務に係る不備がある申請書等を適切に管理し、不足書類の提出勧奨、不備箇所の補正又は申請書等の返戻を行う。

エ システム入力及び入力結果の点検【6分×17,228件＝103,368分】※電子申請の場合は3分

主として前記イを経た後の申請書等に基づき障害者基本システムへの入力及び帳票出力を行い、入力内容及び出力結果の点検を行い、必要に応じて修正を行うこと。

なお、現在、電子申請受付やRPAを活用したシステム入力の自動化を検討しており、契約期間中に業務プロセスが変更になる場合がある。

（2）更新申請案内一斉発送業務

ア 更新申請案内書類の準備【10分×9,439件＝94,390分】

市担当者から更新関係書類の様式を受け取り、必要枚数を印刷する。また、障害者基本システムから対象者の更新申請書を出力する。

イ 更新申請案内書類の封入【5分×9,439件＝47,195分】

更新申請書および更新関係書類を、対象者ごとに必要な種類及び部数を揃え封筒へ封入する。

ウ 送付先の変更および資格喪失者の引抜き【5分×50件＝250分】

封入作業中に送付先等の変更があったものを確認し、送付先の変更を行う。また、死亡等により資格喪失したものを確認し、発送対象からの引抜きを行う。

エ 更新申請案内書類の発送【60分】

更新申請書の出力対象者とウの引抜き対象者が明確となる一覧表を作成し、所定の場所へ納品する。市担当者による決裁後、更新申請案内書類を発送する。

（3）保険者への高額療養費適用区分の照会

新規・変更・更新の申請により高額療養費適用区分を照会する必要があるものについて、以下の業務を行う。なお更新申請においては、①国民健康保険組合加入者、②①及び仙台国民健康保険並びに宮城県後期高齢者医療広域連合以外の保険加入者のうち非課税者のみを照会の対象とする。

ア 照会文書の作成【10分×1,091件＝10,910分】

対象者及び保険者の一覧を作成し、依頼文及び連絡票を作成する。課税（非課税）証明書・同意

書・無収入申告書の添付が必要な場合は、写しを作成し添付書類とする。

イ 照会文書の発送【5分×1,091件=5,455分】

アにおける作成物を所定の場所に納品する。

市担当者による決裁後、保険者ごとに依頼文、連絡票、添付書類、返信用封筒を封入し、発送する。

ウ 回答の処理【10分×1,091件=10,910分】

連絡票の受付処理が済んだものについて、受付日を記録するとともに回答内容を確認し、障害者基本システムへ入力する。回答内容に不備があった場合は、(1)ウと同様に処理する。期日までに回答がなかった保険者に対しては、処理状況を確認の上、回答次第同様に処理する。

また、保険者より自主的に発行された適用区分変更に係る連絡票を受け付けた場合も、同様に回答内容を確認し障害者基本システムへ入力する。

(4) 審査関係業務

医学的審査の実施や仙台市指定難病審査会の事務補助について、以下の業務を行う。

ア 臨床調査個人票の形式審査【3分×10,330件=30,990分】

臨床調査個人票の記載内容における形式的な不備を確認する。

イ 16疾患審査【5分×360件=1,800分】

特定の16疾患に該当する申請者の一覧表を作成し、対象者の臨床調査個人票を確認し支給要件の適否を審査したのち、審査結果を一覧表に入力する。

ウ 更新申請の重症度基準の審査【5分×9,004件=45,020分】

更新申請に係る臨床調査個人票に限り、臨床調査個人票の重症度分類に関する事項を確認し支給要件の適否を審査する。医療機関への照会が必要である場合は、医療機関あて照会文案を作成する。

エ 仙台市指定難病審査会委員への審査書類の発送【90分×13件=1,170分】

ア、イ、ウ、後述コの結果仙台市指定難病審査会委員による審査を必要とするものについて、連番を付した一覧表を作成し、対象者の臨床調査個人票等の写しを作成する。なおウに係るものについては、原則臨床調査個人票等の写しは作成せず、審査内容を記載した審査票を作成する。作成した写し等は委員ごとにファイリングする。

審査会開催案内通知及び審査連絡票を作成し、対象者一覧と併せて所定の場所に納品する。市担当者による決裁後、委員ごとに審査会開催案内通知、審査連絡票、臨床調査個人票等、返信用封筒またはレターパックを封入し、発送する。

オ 審査書類の回答処理【3分×1,307件=3,921分】

返送書類の受付処理が済んだものについて、エで作成した一覧表に委員ごとの審査結果及び審査意見を入力する。入力後に一覧表及び返送書類を所定の場所に納品し、市担当者より内容の確認を受ける。市担当者より内容修正の指示があった場合は、適宜入力内容を修正する。

カ 仙台市指定難病審査会の書類の準備【90分×12件=1,080分】

仙台市指定難病審査会における審査の対象者について一覧表を作成し、必要部数を出力する。対象者全員の臨床調査個人票の写しについても必要部数を作成する。

キ 仙台市指定難病審査会への出席【60分×12回=720分】

市担当者とともに仙台市指定難病審査会へ出席し、審査結果や発言を記録する。

なお、宮城県指定難病審査会と同時に開催しているため、宮城県指定難病審査会へも同席する。

ク 審査結果の入力【3分×501件=1,503分】

キの審査結果をオで作成した一覧表へ入力し、委員の発言を参考に医療機関あての照会文案を

作成する。入力後に一覧表及びキの記録を所定の場所に納品し、市担当者より内容の確認を受ける。市担当者より内容修正の指示があった場合は、適宜入力内容を修正する。

ケ 医療機関照会及び保留通知の発送【10分×533件=5,330分】

ア、イ、ウにおいて医療機関への照会が必要と判断されたもの、ウまたはクで照会文案を作成したのについて、対象者の一覧表を作成する。医療機関照会通知、回答書、臨床調査個人票等の写しを作成し、一覧表と併せて所定の場所へ納品する。市担当者による決裁後、医療機関ごとに医療機関照会通知、回答書、臨床調査個人票等の写し、概要・診断基準等、返信用封筒を封入し、発送する。

また、審査の保留を通知する必要がある対象者については、障害者基本システムへ入力し一覧表を出力する。保留通知を作成し、一覧表と併せて所定の場所へ納品する。市担当者による決裁後、対象者ごと保留通知を封入し、発送する。

コ 医療機関照会の回答処理【3分×533件=1,599分】

回答書及び臨床調査個人票の受付処理が済んだものについて、受付日を記録するとともに回答内容を確認する。回答内容に不備があった場合は、(1)ウと同様に処理する。期日までに回答がなかった医療機関に対しては、随時督促を行い、回答があり次第同様に処理する。

なお、イまたはウにより照会した回答書を受け付けた場合は、再度イまたはウの業務を行う。

サ 軽症高額該当者への照会【適否確認3分×1,366件+照会7分×273件=6,009分】

ウ及びキにおいて重症度基準の要件を満たしていないと判断されたもののうち、すでに受け付けた書類により軽症高額該当の適否を確認する。該当しないものについて、障害者基本システムへ入力し対象者一覧を出力する。申請勸奨通知を作成し、対象者一覧とともに所定の場所へ納品する。市担当者による決裁後、対象者ごと申請勸奨通知、制度説明文書、医療費申告書を封入し発送する。

シ 軽症高額該当者への照会の回答処理【3分×86件=258分】

医療費申告書等の受付処理が済んだものについて、受付日を記録するとともに申請内容を確認する。必要に応じて対象者へ連絡し、申請内容に係る確認等を行う。

(5) 受給者証等発行関係事務

各申請区分における書類の確認や審査を経て認定または不認定と判断したものについて、以下の業務を行う。

ア 認定者への受給者証交付【10分×13,420件=134,200分】

障害者基本システムへ必要事項を入力し、対象者一覧、通知書、受給者証を出力する。申請書類等を一覧順に並べ、一覧表及び通知書と併せて所定の場所に納品する。市担当者による決裁後、対象者ごとに通知書、受給者証、添付書類を封入し、発送する。なお、更新申請案内が必要な場合は、(2)に準じて更新申請案内書類を発送する。申請書類等は、所定のファイルに移し替え保管する。

イ 不認定者への通知発送【10分×226件=2,260分】

障害者基本システムへ必要事項を入力し、対象者一覧表及び通知書を出力する。申請書類等を一覧順に並べ、一覧表及び通知書と併せて所定の場所に納品する。市担当者による決裁後、対象者ごとに通知書、必要に応じ添付書類を封入し、発送する。発送後の申請書は、所定のファイルに移し替え保管する。

ウ 一部保険者への不認定者通知発送【10分×122件=1,220分】

仙台市国民健康保険以外の健康保険に加入している申請者のうち、前記イにおいて不認定の通知を発送したものについて、保険者ごとに審査結果通知書及び連絡票を作成する。送付対象保険者一覧を作成し、通知書及び連絡票と併せて所定の場所に納品する。市担当者による決裁後、保険者ごとに通知書と連絡票を封入し、発送する。

(6) 療養費業務

療養費の申請があったものについて、以下の業務を行う。

ア 支給額の計算【5分×390件=1,950分】

書類の不足や不備の確認及び補正が完了したものについて、申請書の添付書類に基づき支給額を算出する。

イ 決定通知書の発送【10分×390件=3,900分】

アの結果を障害者基本システムへ入力し、支給・不支給ともに対象者の一覧表を出力する。複数月に係る申請があったものについては各月の支給額内訳を作成する。申請月のうち一部または全部について不支給となるものについては、説明文を作成する。各一覧表、支給額内訳、説明文を所定の場所に納品する。市担当者による決裁後、障害者基本システムより決定通知書を出力し、対象者ごとに支給額内訳、説明文とともに封入し、発送する。

(7) 指定医関係業務

市内医療機関を主な勤務先とする医師について、難病指定医または協力難病指定医に係る以下の業務を行う。

ア 指定申請（新規・更新）、変更、辞退の受付及び入力【3分×297件=891分】

申請書類及び届出書を受け付け、申請内容に不備があった場合は解消の上、一覧表を作成する。障害者基本システムへの反映が必要なものについては、障害者基本システムへの入力も行い一覧表を出力する。また、既存の指定内容と照合した結果、必要な手続きが未了であることが判明した場合は、手続きを促す。

イ 指定通知書（新規・更新）の発送【8分×198件=1,584分】

アのうち、新規及び更新の一覧表と申請書類を併せて所定の場所に納品する。市担当者による指令番号付番後、新規及び更新の指定通知書を作成する。アの一覧表、申請書類及び届出書と併せて、所定の場所に納品する。市担当者による決裁後、指定通知書を発送する。

ウ 指定医一覧表の展開【20分×12件=240分】

毎月1日時点において指定対象となっている難病指定医及び協力難病指定医の一覧表を作成し、所定のフォルダに格納する。また一覧表をホームページ掲載用に加工し、所定の場所に納品する。

エ 更新申請案内の発送【8分×119件=952分】

月ごとに指定有効期限が近い指定医の一覧表を作成し、更新申請案内を作成する。一覧表と併せて所定の場所に納品し、市担当者による決裁後、封入し発送する。

(8) 指定医療機関関係業務

市内に所在する医療機関について、指定医療機関に係る以下の業務を行う。

ア 指定申請（新規・更新）、変更、辞退の受付及び入力【3分×408件=1,224分】

申請書類及び届出書を受け付け、申請内容に不備があった場合は解消の上、一覧表を作成する。障害者基本システムへの反映が必要なものについては、障害者基本システムへの入力も行い一覧表を出力する。また、既存の指定内容と照合した結果、必要な手続きが未了であることが判明した場合は、手続きを促す。

イ 指定通知書（新規・更新）の発送【8分×238件=1,904分】

アのうち、新規及び更新の一覧表と申請書類を併せて所定の場所に納品する。市担当者による指令番号付番後、新規及び更新の指定通知書を出力する。アの一覧表、申請書類及び届出書と併せて、所定の場所に納品する。市担当者による決裁後、指定通知書を発送する。

ウ 指定医療機関一覧表の展開【20分×12件=240分】

毎月1日時点において指定対象となっている指定医療機関の一覧表をホームページ掲載用に

加工し、所定の場所に納品する。

エ 更新申請案内の発送【8分×145件=1,160分】

月ごとに指定有効期限に近い指定医療機関の一覧表を作成し、更新申請案内を作成する。一覧表と併せて所定の場所に納品し、市担当者による決裁後、封入し発送する。

(9) 過誤調整業務

申請者等へ支払うべきでなかった給付又は調査機関及び医療機関からの請求等について、本市が返還請求通知書を作成するための連絡票の作成・発送作業並びに調査機関・医療機関に対する過誤調整に係る以下の業務を行う。

ア 直接返還対象及び再審査請求対象の確認【20分×(直接返還3件+再審査請求15件)=360分】

市担当者より関係書類を受け取り、対象者のレセプトを障害者基本システムで検索する。医療費返還の要否及び返還金額、再審査請求に係るレセプト情報を確認し、記録する。記録と関係書類を併せて、所定の場所に納品する。市担当者による決裁後、必要書類を作成し、発送する。

イ レセプトの審査【20分×12件=240分】

支払基金より受け付けたCD-ROM内のレセプト情報を障害者基本システムへ取り込み、国保連分のレセプトと併せて審査内容の確認を行う。

(10) 臨床調査個人票(診断書)のデータ化【5分×10,330件=51,650分】

新規、一斉更新、副疾病追加等に伴い申請書等に添付される臨床調査個人票について、対象者を抽出の上PDFファイル化し、データを所定の場所に納品する。

(11) 指定難病要支援者証明事業関係業務

難病患者の登録者証の発行に係る申請があったものについて、以下の業務を行う。

ア 指定難病の基準の審査【3分×1,478件=4,434分】

書類の不足や不備の確認及び補正が完了したものについて、指定難病にかかっていることを証明する資料(臨床調査個人票、特定医療費(指定難病)不認定通知書(指定難病にかかっている旨が確認できるものに限る。)、指定難病の医療受給者証等。)により、指定難病の基準を満たしているかを審査する。なお、臨床調査個人票により審査する場合の手順は、(4)に準じる。また、指定難病審査会の意見を求める必要がある場合の手順は、(4)エ〜コに準じる。

イ 登録者証の交付【5分×1,453件=7,265分】

アの結果、基準を満たしているものを障害者基本システムへ入力し、対象者の一覧表を出力する。申請書類等を一覧順に並べ、一覧表と併せて所定の場所に納品する。市担当者による決裁後、登録者証を交付する。なお、登録者証の交付は、原則として障害者基本システムの操作を通じて行う。ただし、本人から書面による交付の求めがあった場合は、障害者基本システムより登録者証を出力し、発送する。

ウ 不認定通知の発送【8分×25件=200分】

アの結果、基準を満たしていないものを障害者基本システムへ入力し、対象者の一覧表を出力する。申請書類等を一覧順に並べ、一覧表と併せて所定の場所に納品する。却下通知書を出力し、対象者ごとに封入して発送する。

(12) 問合せ等対応【15分×7,200件=108,000分】

委託業務に関する照会、問合せ及び苦情(以下「問合せ等」という。)への対応を行う。また、委託業務以外のことについて問合せ等があった場合は、適切な窓口を案内する。ただし、受注者の判断により対応が困難な場合は、直ちに本市に報告し、本市と協議して対応を決定する。

【受給者数等】

■受給者数（R5.3.31時点）

9,439人

■月別申請件数

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
新規	126	102	126	131	142	120	122	120	127	104	114	144	1,478
（うち転入）	(29)	(16)	(23)	(14)	(13)	(18)	(16)	(5)	(11)	(8)	(5)	(32)	(190)
副疾患追加	2	2		5	1	3	1	2	3	6			25
病名変更		1	1	7	2			1		1			13
再申請	2	1	1	2	2	2	4	4	2		3	1	24
保険変更※	156	105	127	198	100	70	181	86	73	83	75	85	1,339
高額かつ長期※	6	47	981	2,241	206	92	51	29	10	6	9	7	3,685
人工呼吸器等切替		1	37	56	5	3	1		1				104
按分特例		4	34	99	7	10	6	5	1	5	2	2	175
基準世帯員変更			7	18	1	1			1			1	29
氏名住所変更	26	35	29	61	26	24	24	26	19	20	35	30	355
生活保護切替	3	3	3	4	2	2	2	2	2	3	7	5	38
（うち廃止）	(2)	(1)		(1)					(1)		(5)	(1)	(11)
再交付	55	30	19	10	3	3	19	19	10	6	7	6	187
返還	28	37	30	28	26	35	32	36	21	41	35	33	382
療養費	23	20	17	38	50	57	29	39	39	31	23	24	390
更新		102	2,283	5,422	623	293	132	96	47	4	1	1	9,004
計	427	490	3,695	8,320	1,196	715	604	465	356	310	311	339	17,228

3,500
件が同時申請

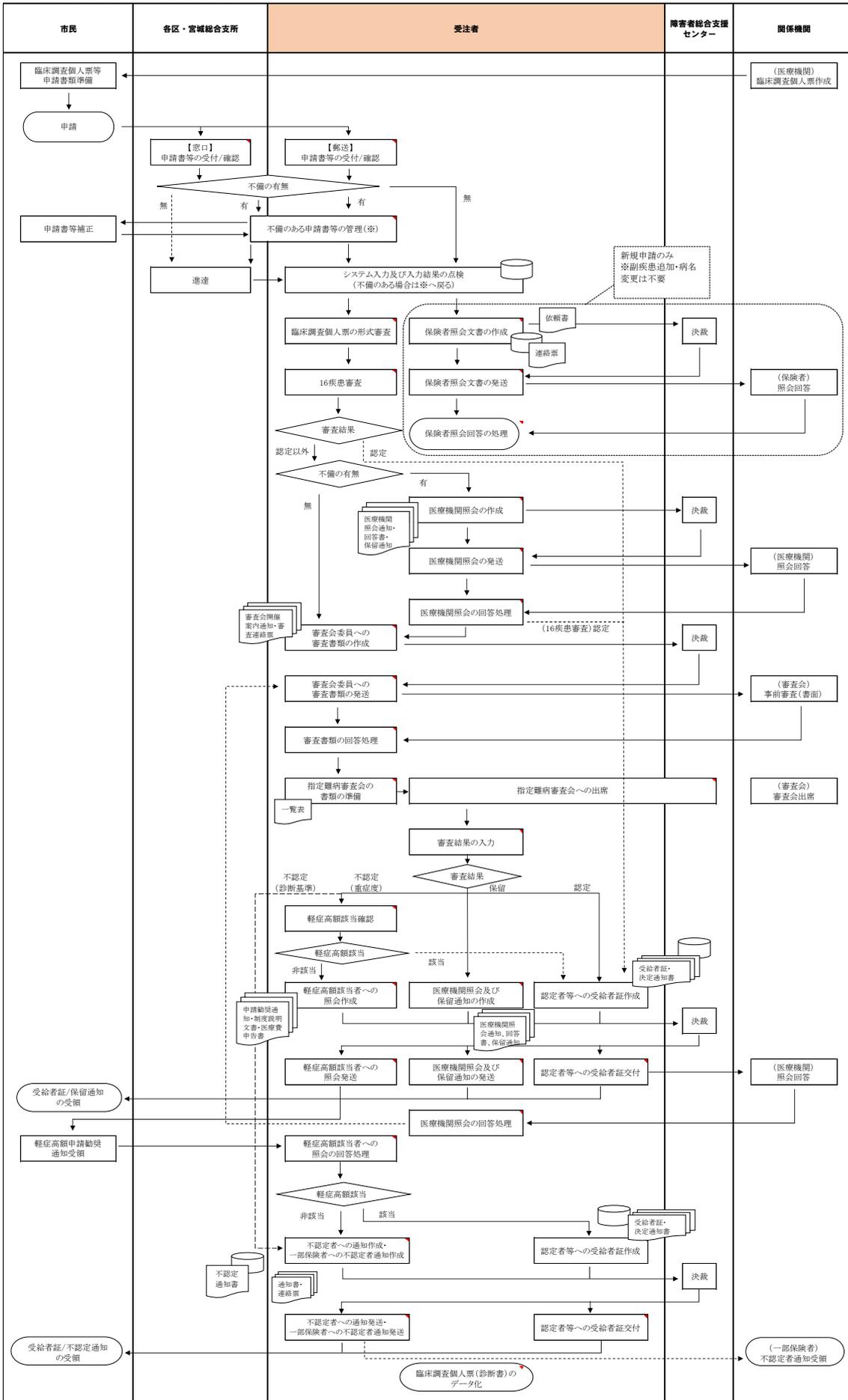
※更新申請時期においては、変更申請単独ではなく、同時に申請されることがある。

単独申請
計13,728件

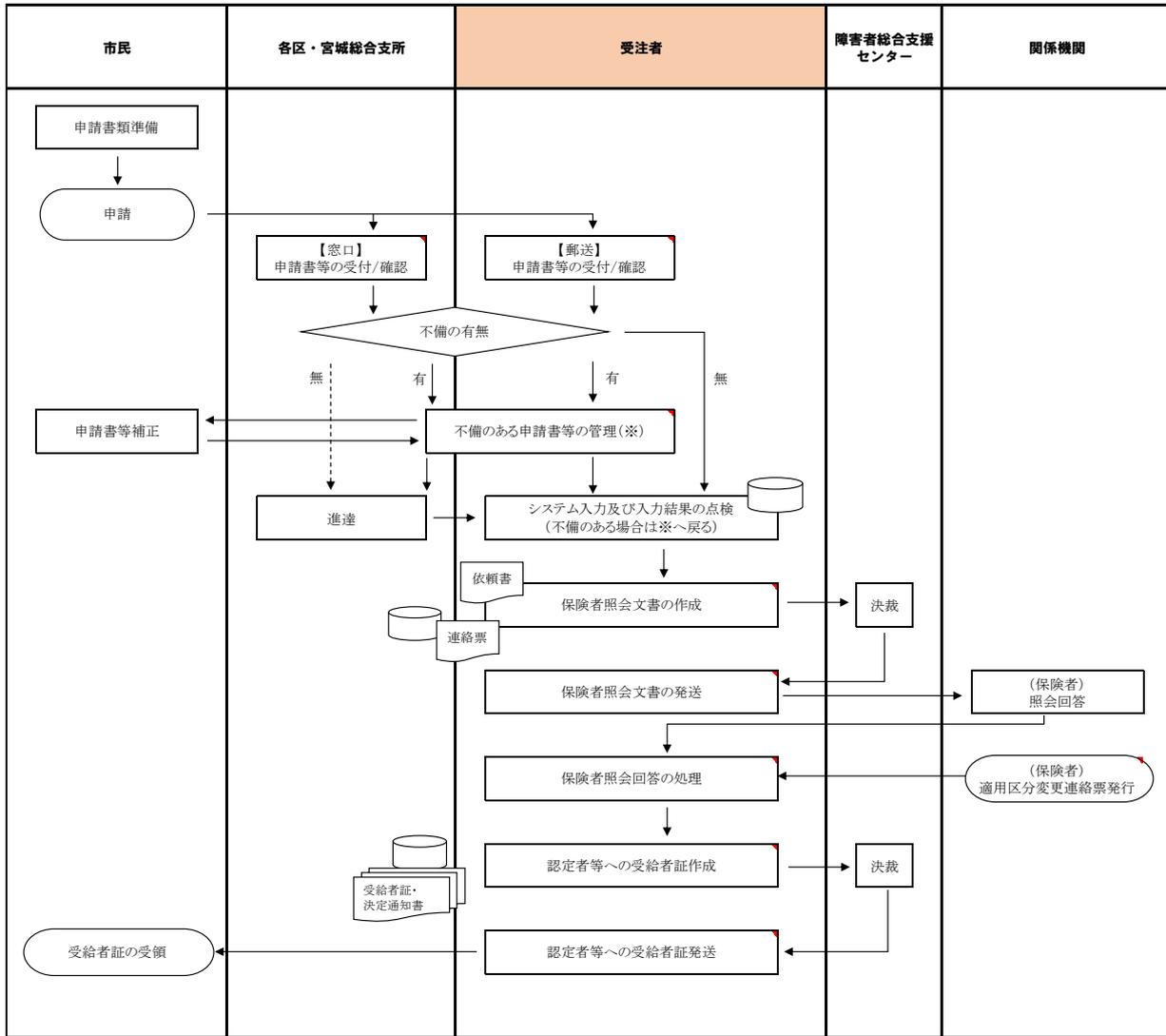
区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
指定 医	新規	10	7	16	17	9	3	2	5	2	2	1	5	79
	変更	13	13	4	3	3	2	4	1	2			3	48
	辞退	8	14	3		1	2	1	4	1		2	15	51
	更新	16	16	11	7	2	9	2	7	10	10	16	13	119
	計	47	50	34	27	15	16	9	17	15	12	19	36	297
指定 医療 機 関	新規	14	4	11	22	2	5	7	6	4	11	2	5	93
	変更	11	4	25	51	11	1	4	2	1		6	7	123
	辞退	5	1	5	4	13	2	3	4	3	3	2	2	47
	更新	16	10	15	15	11	18	12	7	16	7	12	6	145
	計	46	19	56	92	37	26	26	19	24	21	22	20	408

【業務フロー】

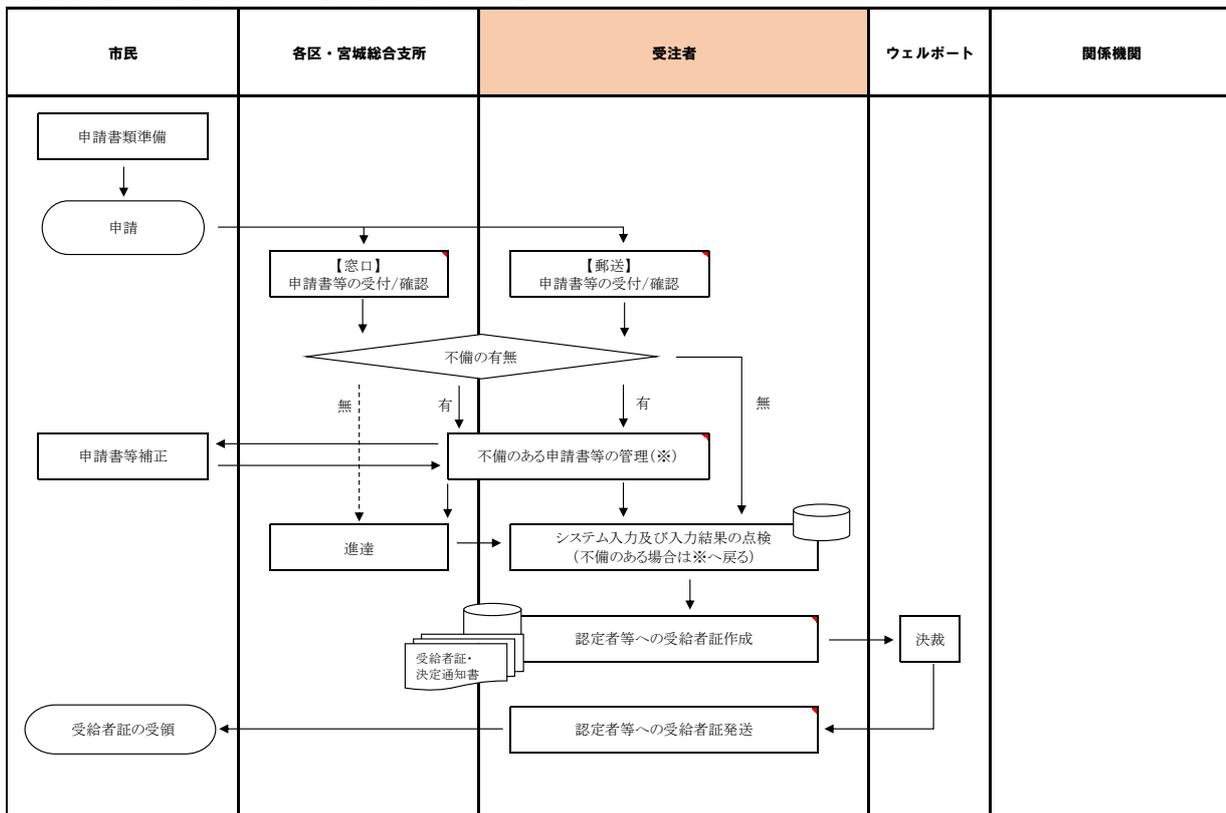
※新規申請・副疾患追加・病名変更 [業務内容(1)(3)(4)(5)(10)]

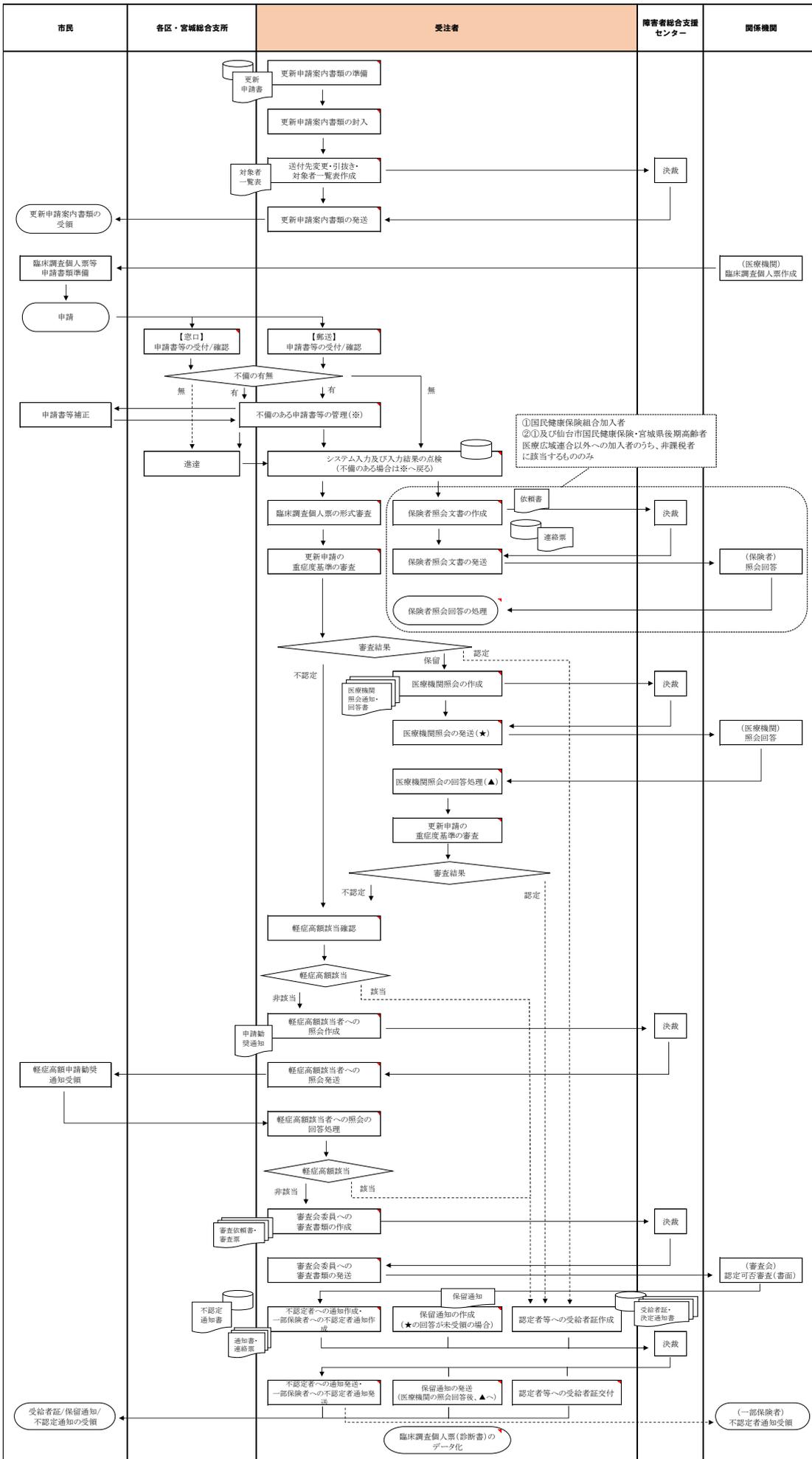


※転入申請・変更申請（保険変更） [業務内容(1)(3)(5)]

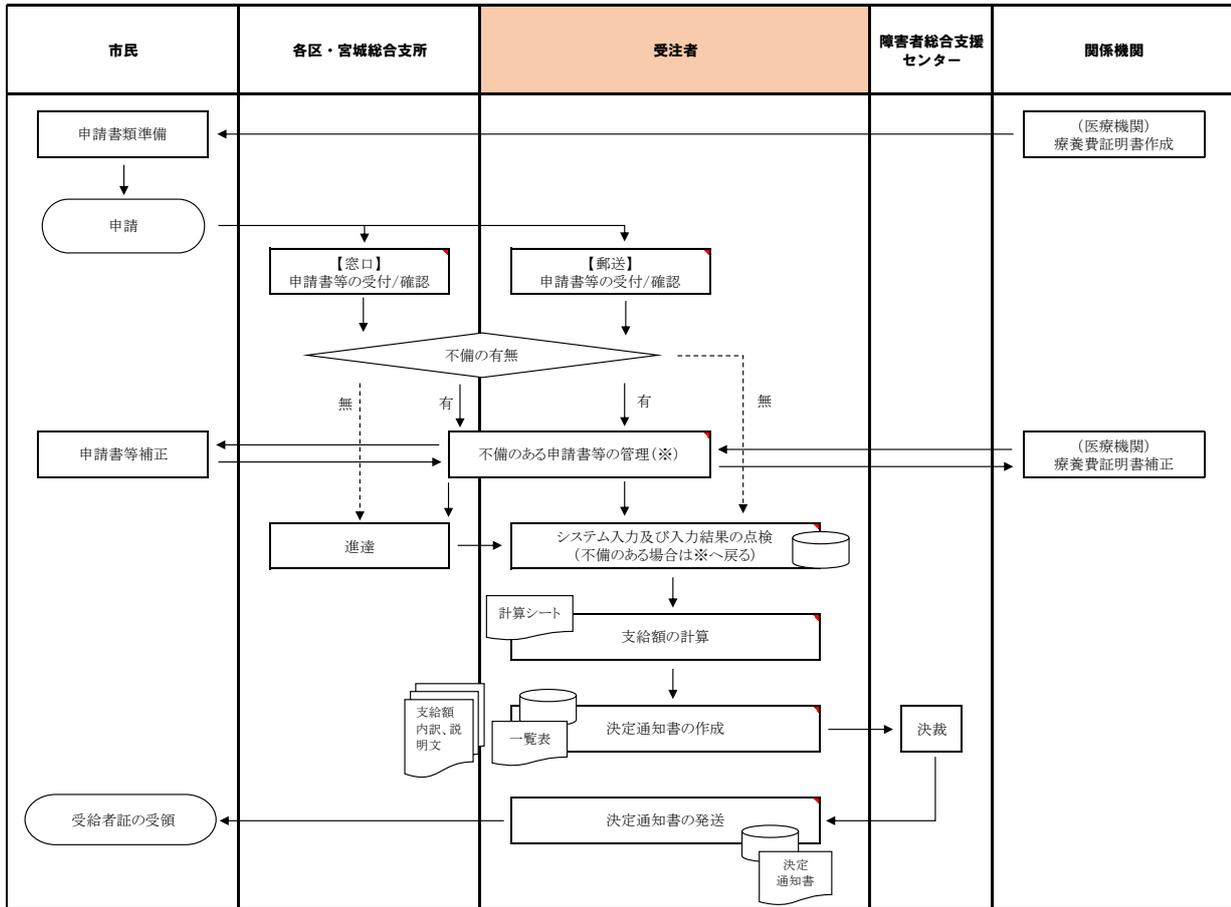


※変更申請（保険変更以外） [業務内容(1)(5)]





※(1) (6) 療養費



※(7) (8) 指定医申請・指定医療機関申請

