

参 考 資 料 集

難病対策の改革に向けた取組について(案)(概要)

平成25年12月13日 厚生科学審議会
疾病対策部会 難病対策委員会

難病対策の基本理念及び基本的事項

- 難病(※)の治療研究を進め、疾患の克服を目指すとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指す。

※ 原因不明で、治療方法が未確立であり、生活面で長期にわたり支障が生じる疾病のうち、がん、生活習慣病等別個の対策の体系がないもの

- 国による基本方針の策定

難病対策に係る基本方針を定め、医療や研究開発の推進を図るとともに、福祉や雇用などの他の施策との連携を図る。

第1. 効果的な治療方法の 開発と医療の質の向上

1. 治療方法の開発に向けた難病研究の推進

- 診断基準の作成を行う研究や診療ガイドラインの作成の推進
- 病態解明を行い、新規治療薬等の開発等を推進

2. 難病患者データベースの構築

- 患者全員が登録可能。データを登録した患者に難病患者登録証明書(仮称)を発行
- 「難病指定医(仮称)」が正確に診断し、患者データの登録を実施

3. 医療提供体制の確保

- 新・難病医療拠点病院(総合型)(仮称)や指定医療機関(仮称)の指定
- かかりつけ医等による日常診療
- 難病医療支援ネットワーク(仮称)等により、正しい診断ができる体制を整備

第2. 公平・安定的な 医療費助成の仕組みの構築

1. 医療費助成の基本的な考え方

- 新たな医療費助成は、治療研究を推進する目的に加え、福祉的な目的を併せ持つ

2. 医療費助成の対象疾患及び対象患者

- 対象疾患は、患者数が人口の0.1%程度以下等であり、客観的な指標に基づく一定の診断基準が確立しているもの
- 対象患者は、症状の程度が重症度分類等で一定程度以上の者、もしくは高額な医療を継続して必要とする者

3. 患者負担の在り方について

- 負担割合を3割から2割に軽減し、所得に応じて負担限度額等を設定
- 人工呼吸器等装着者の更なる負担の軽減
- 現行の事業の対象であった者については、3年間の経過措置

4. 「医療受給者証(仮称)」の交付

- 都道府県が対象患者に交付

第3. 国民の理解の促進と 社会参加のための施策の充実

1. 難病に関する普及啓発

- 難病情報センターにおける情報の充実

2. 難病患者の社会参加のための支援

- 難病相談・支援センターの機能強化
- 症状の程度等に応じた取組の推進

3. 福祉サービスの充実

- 医療費助成の対象疾患の拡大に伴う障害福祉サービスの対象疾患の拡大

4. 就労支援の充実

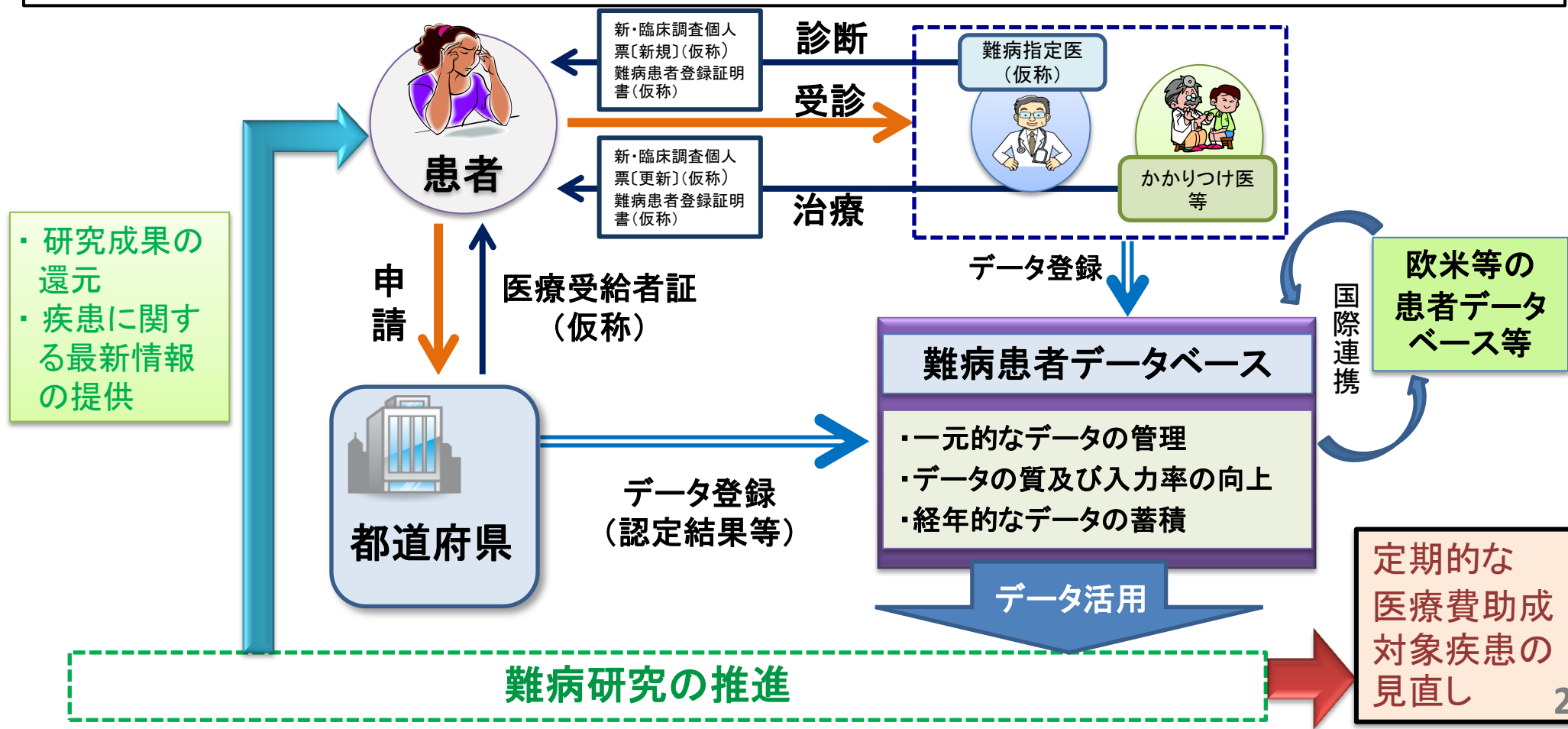
- ハローワークと難病相談・支援センターの連携強化等

5. 難病対策地域協議会

- 保健所を中心とした難病対策地域協議会の活用等による適切な支援

第1. 効果的な治療方法の開発と医療の質の向上（難病患者データベースの全体像）

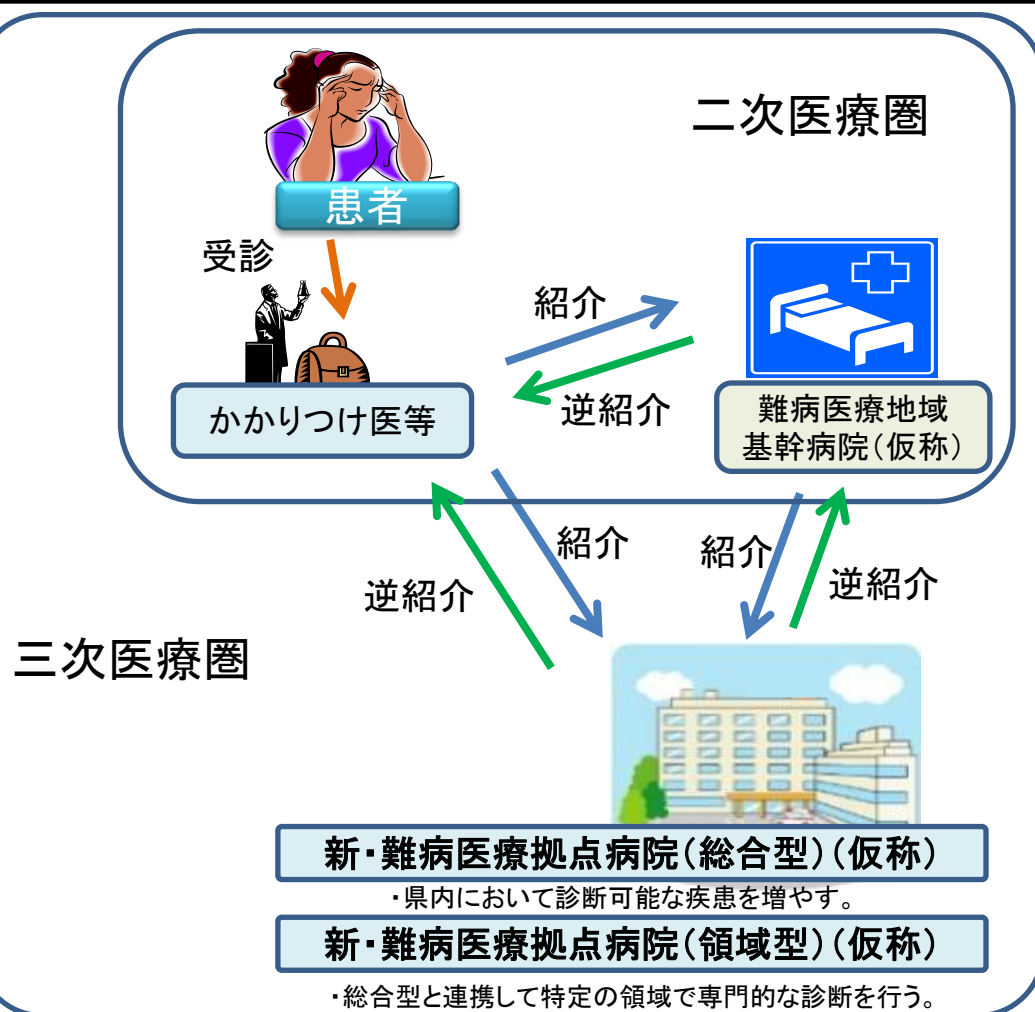
- 症例が比較的少ない難病について、研究の推進に結びつけるための難病患者データベースを構築する。
- 「難病指定医（仮称）」等が必要なデータの登録を行い、登録された難病患者データについては、個人情報の保護について十分に配慮し、幅広く難病患者データを提供する。
- 難病研究で得られた成果は、難病情報センター等を通して、広く国民にわかりやすく最新情報を提供する。



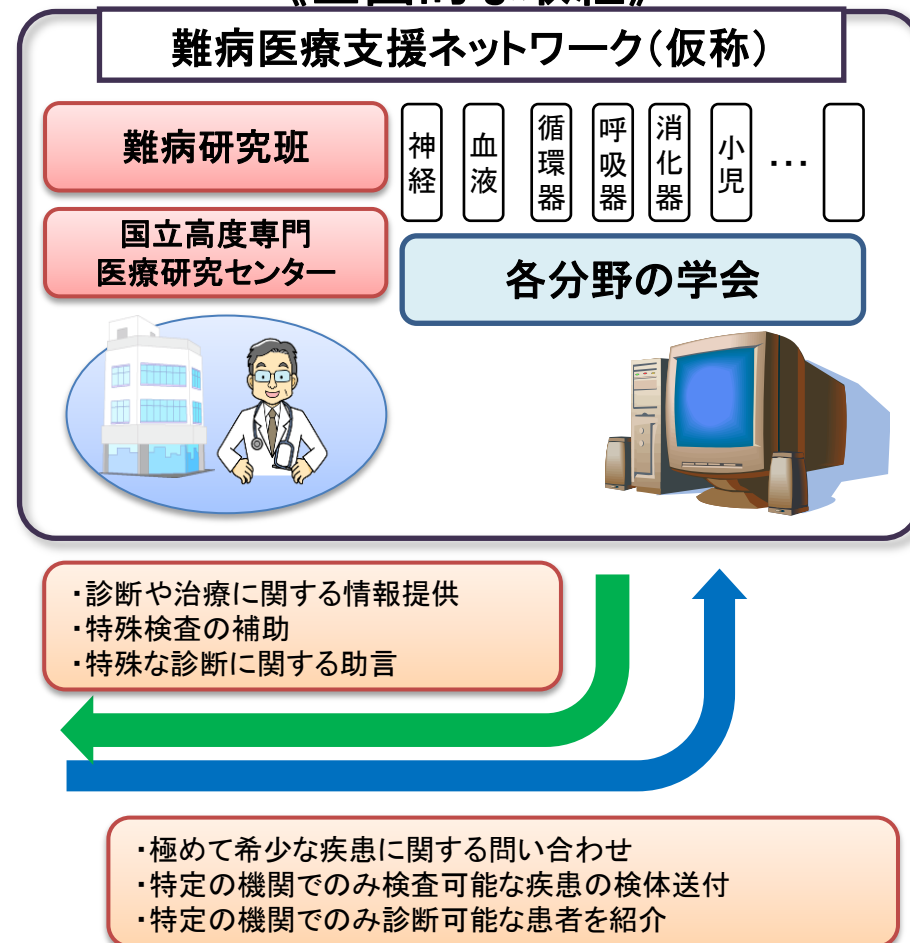
第1. 効果的な治療方法の開発と医療の質の向上（患者の診療の流れとその支援の体制）

○ 正しい診断や、適切な治療が行える医療提供体制の構築

- ・「新・難病医療拠点病院（総合型）（仮称）」を三次医療圏ごとに原則1か所以上、「新・難病医療拠点病院（領域型）（仮称）」を適切な数を指定
- ・「難病医療地域基幹病院（仮称）」を二次医療圏に1か所程度指定する。
- ・国立高度専門医療研究センター、難病研究班、それぞれの分野の学会等が連携して「難病医療支援ネットワーク（仮称）」を形成し、全国規模で正しい診断ができる体制を整備



《全国的な取組》



第2. 公平・安定的な医療費助成の仕組みの構築(難病に係る新たな医療費助成の制度案①)

＜自己負担割合＞

- 自己負担割合について、現行の3割から2割に引下げ。

＜自己負担限度額＞

- 所得の階層区分や負担限度額については、医療保険の高額療養費制度や障害者の自立支援医療(更生医療)を参考に設定。
- 症状が変動し入退院を繰り返す等の難病の特性に配慮し、外来・入院の区別を設定しない。
- 受診した複数の医療機関等の自己負担(※)をすべて合算した上で負担限度額を適用する。

※ 薬局での保険調剤及び医療保険における訪問看護ステーションが行う訪問看護を含む。

＜所得把握の単位等＞

- 所得を把握する単位は、医療保険における世帯。所得を把握する基準は、市町村民税(所得割)の課税額。
- 同一世帯内に複数の対象患者がいる場合、負担が増えないよう、世帯内の対象患者の人数で負担限度額を按分する。

＜入院時の食費等＞

- 入院時の標準的な食事療養及び生活療養に係る負担について、患者負担とする。

＜高額な医療が長期的に継続する患者の特例＞

- 高額な医療が長期的に継続する患者(※)については、自立支援医療の「重度かつ継続」と同水準の負担限度額を設定。

※ 「高額な医療が長期的に継続する患者(「高額かつ長期」)とは、月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円を超える月が年間6回以上)とする。

- 人工呼吸器等装着者の負担限度額については、所得区分に関わらず月額1,000円とする。

＜高額な医療を継続して必要とする軽症者の特例＞

- 助成の対象は症状の程度が一定以上の者であるが、これに該当しない軽症者であっても高額な医療(※)を継続して必要とする者については、医療費助成の対象とする。

※ 高額な医療とは、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が年間3回以上ある場合(例えば医療保険の3割負担の場合、医療費の自己負担が1万円以上の月が年間3回以上)とする。

＜経過措置(3年間)＞

- 既認定者の負担限度額は、上記の「高額かつ長期」の負担限度額と同様とする。
- 既認定者のうち現行の重症患者の負担限度額は、一般患者よりさらに負担を軽減。
- 既認定者については、入院時の食費負担の1/2は公費負担とする。

第2. 公平・安定的な医療費助成の仕組みの構築(難病に係る新たな医療費助成の制度案②)

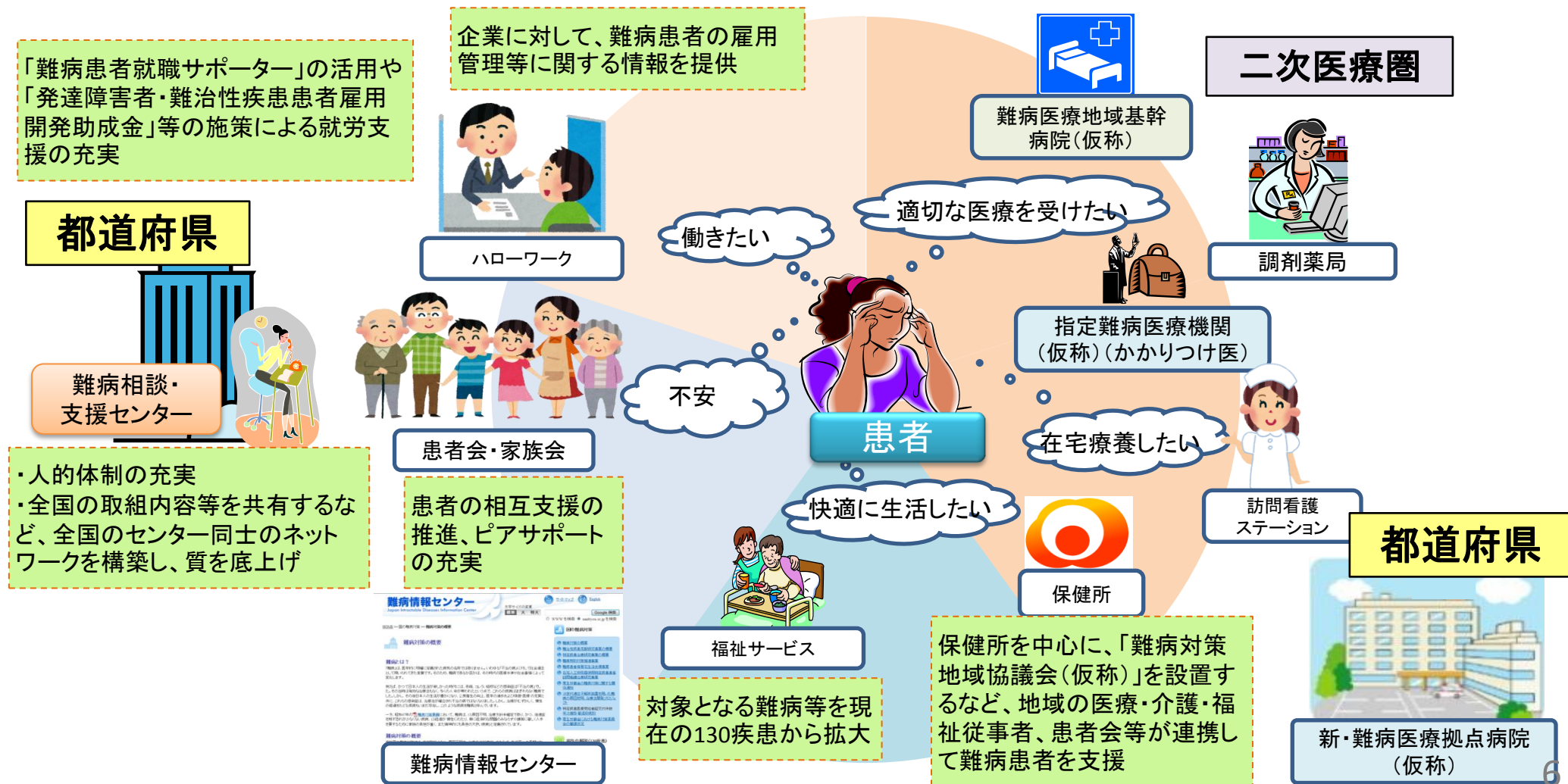
☆新たな医療費助成における自己負担限度額(月額) (単位:円)

階 層 区 分	階層区分の基準 (()内の数字は、夫婦2人世帯の 場合における年収の目安)		患者負担割合:2割					
			自己負担限度額(外来＋入院)					
			原則			既認定者(経過措置3年間)		
			一般	高額かつ 長期	人工 呼吸器等 装着者	一般	現行の 重症患者	人工 呼吸器等 装着者
生活保護	—		0	0	0	0	0	0
低所得Ⅰ	市町村民税 非課税	～年収約80万	2,500	2,500	1,000	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		～年収約160万	5,000	5,000		5,000		
一般所得Ⅰ	～市町村民税約7.1万円 (～約370万)		10,000	5,000		5,000	5,000	
一般所得Ⅱ	～市町村民税約25.1万円 (～約810万)		20,000	10,000		10,000		
上位所得	市町村民税約25.1万円～ (約810万～)		30,000	20,000		20,000		
入院時の食費			全額自己負担			1／2自己負担		
						5		

第3. 国民の理解の促進と社会参加のための施策の充実(新たな難病患者を支える仕組み)

- 難病に関する普及啓発を推進、充実させる。
- 難病に関する相談体制の充実、難病相談・支援センターなどの機能強化を図る。
- 障害福祉サービス等の対象疾患を拡大する。

- 「難病患者就職サポーター」や「発達障害者・難治性疾患患者雇用開発助成金」等の施策により就労支援を充実させる。
- 「難病対策地域協議会(仮称)」を設置するなどして、総合的かつ適切な支援を図る。



持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律 (平成25年第185回国会成立)

第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等

(医療制度)

第四条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、医療保険各法(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。))第七条第一項に規定する医療保険各法をいう。第七項第二号二において同じ。)による医療保険制度及び高齢者医療確保法による後期高齢者医療制度(同項において「医療保険制度等」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この条に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。

2～9 (略)

10 政府は、この法律の施行の際現に実施されている難病及び小児慢性特定疾患(児童福祉法第二十一条の五に規定する医療の給付の対象となる疾患をいう。以下この項において同じ。))に係る医療費助成について、難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病及び小児慢性特定疾患に係る新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度(以下この項において「新制度」という。)を確立するため、新制度の確立に当たって、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 新制度を制度として確立された医療の社会保障給付とすること。

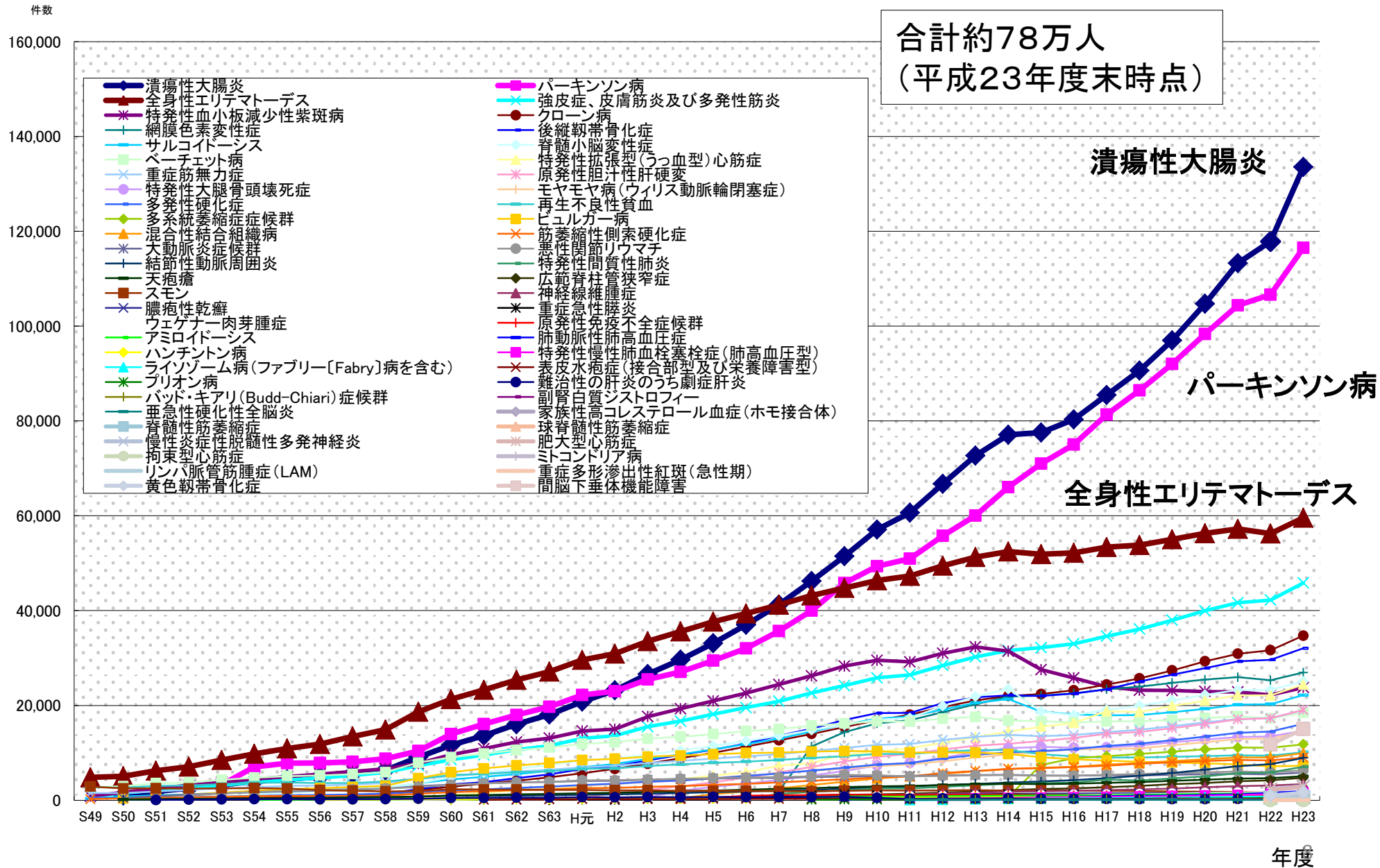
二 新制度の対象となる疾患の拡大

三 新制度の対象となる患者の認定基準の見直し

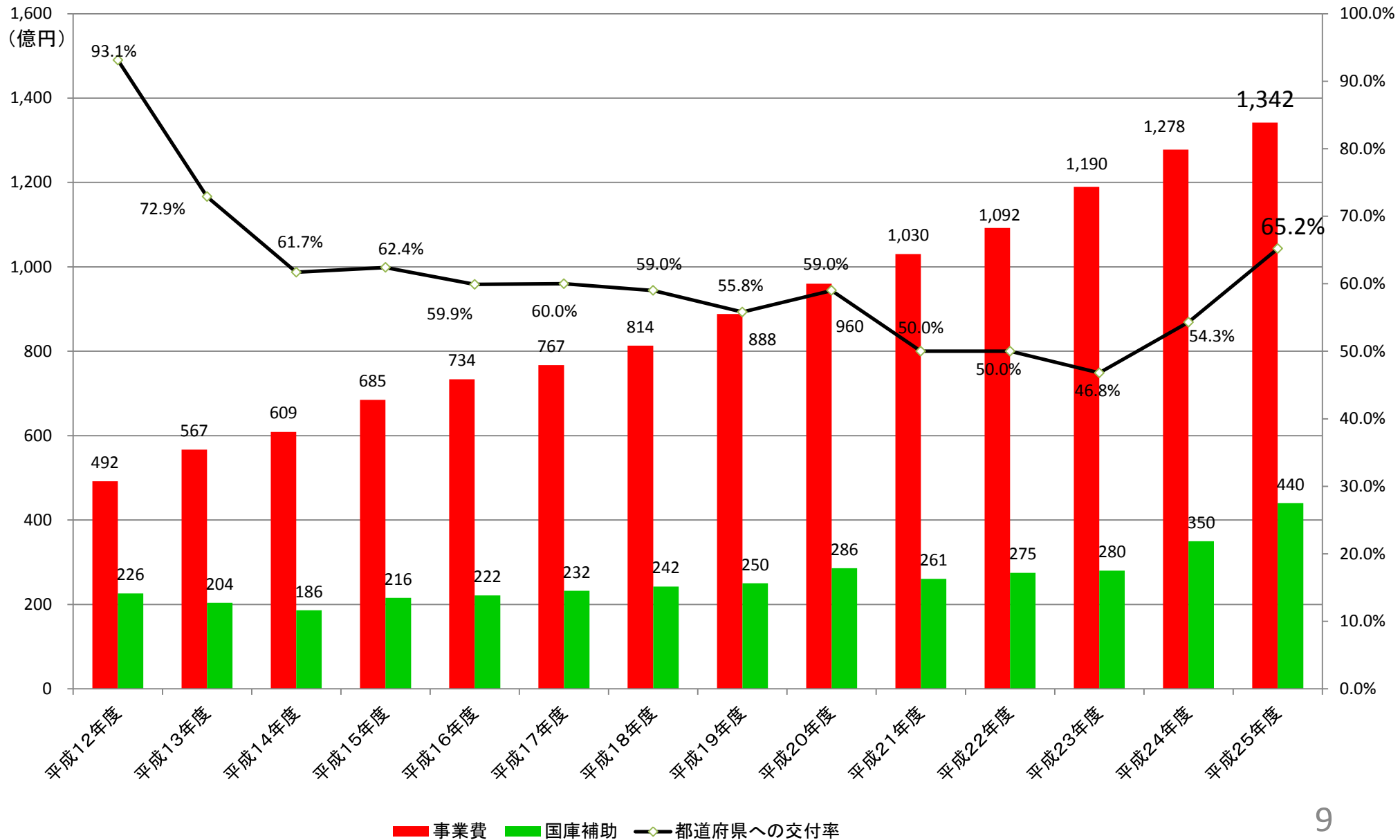
四 新制度の自己負担の新制度以外の医療費に係る患者の負担の軽減を図る制度との均衡を考慮した見直し

11 政府は、前項の措置を平成二十六年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

特定疾患治療研究事業疾患別受給者件数の推移



特定疾患治療研究事業の予算額と都道府県への交付率の推移



- ・ 対象患者は、対象疾患に罹患している者のうち、症状の程度が重症度分類等で一定以上等であり、日常生活又は社会生活に支障がある者とする。
- ・ 対象疾患の拡大を含めた見直しに当たっては、一方で適切な患者負担の在り方も併せて検討することとし、制度の安定性・持続可能性を確保するものとする。
- ・ 難病の特性を踏まえつつ、病気がちであったり、費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならない患者(高齢者、障害者等)を対象とする他制度の給付との均衡を図る。対象患者が負担する一部負担額については、低所得者に配慮しつつ、所得等に応じて月額限度額を設定する。
 - ① 一部負担額が0円となる重症患者の特例を見直し、すべての者について、所得等に応じて一定の自己負担を求めること。
 - ② 入院時の標準的な食事療養及び生活療養に係る負担については、患者負担とするとともに、薬局での保険調剤に係る自己負担については、月額限度額に含めること。

医療費助成の対象とする疾患は年齢によらず、①患者数が人口の0.1%程度以下、②原因不明、③効果的な治療方法未確立、④生活面への長期にわたる支障の4要素を満たしており、かつ、客観的な指標に基づく一定の診断基準が確立している疾患とする。

※上記の考え方に沿うと、医療費助成の対象となる候補は赤枠内の約300疾患。

〔現在、研究班において研究途中の結果を基にした疾患数。医療費助成の対象疾患は、最終的には第三者的な委員会で決定される。疾患の分類方法によって、今後疾患数は変わり得る。〕

	患者数			
	1000人以下 (不明含む)	1000人を上回り 5万人以下	5万人を上回り 人口の0.1%程度以下	人口の0.1%程度を上回る
診断基準 あり	約70疾患	約80疾患	10疾患以下	10疾患以下
診断基準に 準ずるもの あり	約100疾患	約60疾患	10疾患以下	10疾患以下
診断基準 なし	約40疾患			

※ 医療費助成の対象疾患に関する考え方を踏まえると、対象外と考えられるもの

- 希少性、原因不明等の観点から
生活習慣(喫煙、飲酒等)、薬剤、感染症、加齢現象等、誘因が明らかである疾患、悪性腫瘍
- 効果的な治療法未確立の観点から
手術など一定程度の治療法が確立し効果的に施行することが可能な疾患
- 生活面への長期にわたる支障の観点から
周産期疾患、急性疾患
- 疾患概念が大きいまたは病態名であるもの

平成24年度「今後の難病対策のあり方に関する研究」(分担研究「希少・難治性疾患の類型化に関する研究」)報告書を基に作成。

既認定患者における自己負担について

現 行 (単位:円)		
自己負担割合：3割		
	外来	入院
重症患者 (81,418人、10.4%) ※3	0	0
A階層 (186,421人、23.8%) 市町村民税非課税	0	0
B階層 (～年収165万) (115,504人、14.7%)	2,250	4,500
C階層 (～年収180万) (19,236人、2.5%)	3,450	6,900
D階層 (～年収220万) (36,399人、4.6%)	4,250	8,500
E階層 (～年収300万) (88,076人、11.2%)	5,500	11,000
F階層 (～年収400万) (75,059人、9.6%)	9,350	18,700
G階層 (年収400万～) (181,762人、23.2%)	11,550	23,100

経過措置 (3年間) (単位:円)			
自己負担割合：2割			
軽症者も 助成対象	外来+入院		
	一般	現行の 重症患者	人工 呼吸器等 装着者
低所得 I 市町村民税 非課税 ～年収80万	2,500	2,500	1,000
低所得 II 市町村民税 非課税 ～年収160万	5,000		
一般所得 I 市町村民税 課税以上 ～約7.1万円 (～年収370万)	5,000	5,000	1,000
一般所得 II 市町村民税 ～約25.1万円 (～年収810万)	10,000		
上位所得 市町村民税 約25.1万円～ (年収810万～)	20,000		

原 則 (※1) (単位:円)			
自己負担割合：2割			
軽症者(※2) は助成対象外	外来+入院		
	一般	高額 かつ 長期	人工 呼吸器等 装着者
低所得 I 市町村民税 非課税 ～年収80万	2,500	2,500	1,000
低所得 II 市町村民税 非課税 ～年収160万	5,000	5,000	
一般所得 I 市町村民税 課税以上 ～約7.1万円 (～年収370万)	10,000	5,000	
一般所得 II 市町村民税 ～約25.1万円 (～年収810万)	20,000	10,000	
上位所得 市町村民税 約25.1万円～ (年収810万～)	30,000	20,000	

【参考】障害者医療 (更生医療) (単位:円)		
自己負担割合：1割		
	外来+入院	
	一般	重度 かつ 継続
低所得 I 市町村民税 非課税 ～本人年収80万	2,500	2,500
低所得 II 市町村民税 非課税 本人年収80万1～	5,000	5,000
中間所得 I 市町村民税 課税以上 3万3千円未満	医療保険に おける高額 療養費の自己 負担限度 額	5,000
中間所得 II 市町村民税 3万3千円以上 23万5千円未満		10,000
一定所得 市町村民税 23万5千円以上	自立支援医 療の対象外 (医療保険に よる給付) 例：83,400 (多数回該当)	20,000

食費：負担限度額内で自己負担

食費：1/2を自己負担

食費：全額自己負担

食費：全額自己負担

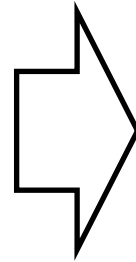
(参考)
健康保険における入院時の食費
・一般世帯:260円/食
(その他、所得等に応じ210円、160円、100円)

高額な医療が長期的に継続する場合は、負担が軽減されるため、3万円×12月＝36万円の負担は実際には発生せず、年間最大でも2万円×12月＝24万円

※1 新規認定患者については、原則の負担限度額が当初から適用される。
 ※2 症状の程度が重症度分類等で一定以上に該当しない者(経過措置期間中は医療費助成の対象となるが、経過措置終了後は高額な医療費が継続して必要な患者を除き、医療費助成の対象外)。
 ※3 ()内の数値は、平成23年度における受給者数及び全受給者(783,875人)に対する構成割合。

新規認定患者における自己負担について

高額療養費制度 (現行・70歳未満) (単位:円)	
自己負担割合: 3割	
	外来+入院
低所得 市町村民税非課税	35,400円 [多数該当24,600円]
一般所得 ~年収770万	80,100円+ (医療費 -267,000円) × 1% [多数該当44,400円]
上位所得 年収770万	150,000円+ (医療費 -500,000円) × 1% [多数該当83,400円]



原則 (※1) (単位:円)			
自己負担割合: 2割			
	外来+入院		
	一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
低所得Ⅰ 市町村民税非課税 ~年収80万	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ 市町村民税非課税 ~年収160万	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ 市町村民税課税以上 ~約7.1万円 (~年収370万)	10,000	5,000	
一般所得Ⅱ 市町村民税 ~約25.1万円 (~年収810万)	20,000	10,000	
上位所得 市町村民税 約25.1万円~ (年収810万~)	30,000	20,000	

【参考】障害者医療 (更生医療) (単位:円)		
自己負担割合: 1割		
	外来+入院	
	一般	重度かつ継続
低所得Ⅰ 市町村民税非課税 ~本人年収80万	2,500	2,500
低所得Ⅱ 市町村民税非課税 本人年収80万1~	5,000	5,000
中間所得Ⅰ 市町村民税課税以上 3万3千円未満	医療保険における高額療養費の自己負担限度額	5,000
中間所得Ⅱ 市町村民税3万3千円以上 23万5千円未満		10,000
一定所得 市町村民税23万5千円以上	自立支援医療の対象外 (医療保険による給付) 例: 83,400 (多数回該当)	20,000

食費: 全額自己負担

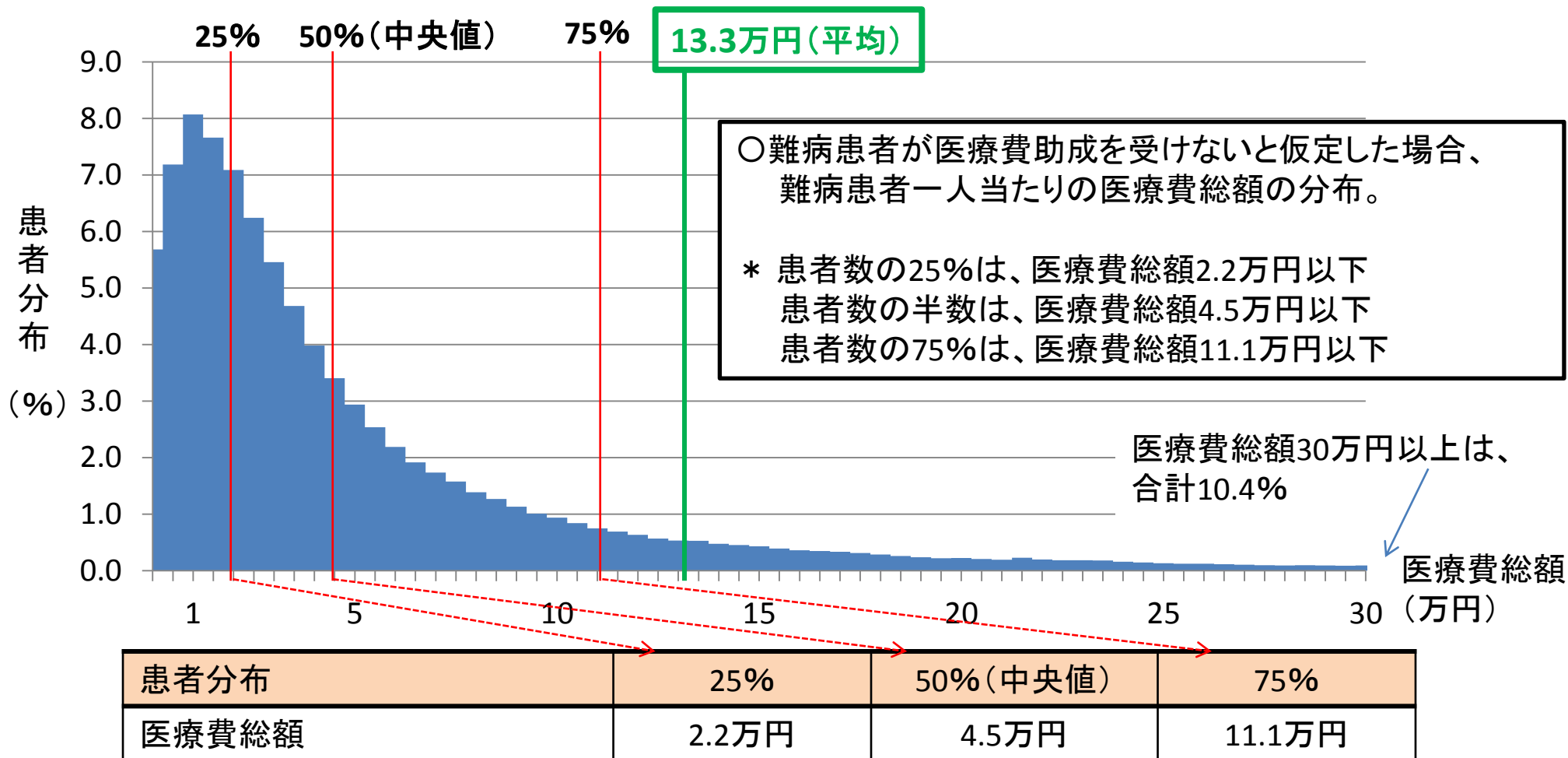
食費: 全額自己負担

食費: 全額自己負担

(参考)
健康保険における入院時の食費
・一般世帯: 260円/食
(その他、所得等に応じ210円、160円、100円)

高額な医療が長期的に継続する場合は、負担が軽減されるため、3万円×12月=36万円の負担は実際には発生せず、年間最大でも2万円×12月=24万円

難病患者の一月あたりの医療費総額の分布について



注) 一人当たりの窓口負担額について、所得区分に応じて高額療養費制度が適応される。
一人当たりの平均医療費総額は、13.3万円。

難病に係る新たな医療費助成の制度案

10月29日

難病対策委員会資料(抜粋)

○自己負担の割合について、現行の3割から2割に引下げ。

○自己負担の限度額について

- ・高額療養費制度における高齢者の外来の限度額を参考にしつつ、階層区分を細分化。
- ・症状が変動し入退院を繰り返す等の難病の特性に配慮し、外来・入院の区別を設定しない。
- ・受診した複数の医療機関等の自己負担(※)をすべて合算した上で負担限度額を適用する。

※ 薬局での保険調剤及び医療保険における訪問看護ステーションが行う訪問看護を含む。

○同一世帯内に複数の対象患者がいる場合、負担が増えないよう、世帯内の対象患者の人数で負担限度額を按分する。

○入院時の標準的な食事療養及び生活療養に係る負担について、患者負担とする。

☆新たな医療費助成における自己負担限度額(月額)

(単位:円)

階層区分	年収の目安 (夫婦2人世帯)		自己負担限度額(患者負担割合:2割、外来+入院)	
			原則 (新規認定者)	経過措置(既認定者) 【概ね3年間】
I	生活保護		0	既認定者の取扱いについては、低所得者に配慮しつつ、別途検討。
II	市町村民税 非課税	～約80万	3,000	
III		約80万～約160万	6,000	
IV	約160万～約370万		12,000	
V	約370万～約570万		24,600	
VI	570万～		44,400	

○高額な医療で軽症を維持している場合

助成の対象は症状の程度が一定以上の者であるが、軽症者であっても、高額な医療(例:月ごとの医療費の負担が24,600円を超える月が年間3月以上ある場合)を継続して必要とする者については、医療費助成の対象とする。

難病の新たな医療費助成制度について

○ 医療費助成の対象疾患の拡大

- ・ 対象疾患数: 56疾患 → 約300疾患(対象となる候補の疾患数)
- ・ 受給者数: 約78万人(平成23年度) → 約150万人(平成27年度)(試算)

○ 委員会とりまとめ(案)の考え方に基づいて、医療費助成を行った場合の事業規模の試算

年度	平成23年度(実績)	平成25年度(見込)	平成27年度(試算)
総事業費 (国費)	約1,190億円 (約280億円)	約1,340億円 (約440億円)	約1,820億円 (約910億円)

既認定者の自己負担に関するモデルケース① (複数の医療機関を受診している場合)

患者の状況

- ・ ベーチェット病の患者(40歳)が、眼科、内科、泌尿器科を受診するため、複数の医療機関に外来通院。
- ・ ある月の総医療費(診療報酬額)が、眼科(眼症状の診察、局所治療)1万円、内科(免疫抑制剤等の投与、全身管理)4万円、泌尿器科(陰部潰瘍の診察、局所処置)1万円、合計6万円。
- ・ 世帯年収は約250万円。所得階層は、現行制度においてE階層、新制度において一般所得 I。

医療費の自己負担

現行制度

医療機関別に設定された負担
限度額を負担

⇒ 当月の自己負担11,500円
(注1)

【参考】医療費助成がなかった
場合の自己負担18,000円 [3割
負担]

新制度(経過措置期間中)

複数の医療機関の医療費を合算
して設定された自己負担限度額
(経過措置期間中) を負担

⇒ 自己負担5,000円(月額)
(注2)

新制度

複数の医療機関の医療費を合算
して設定された自己負担限度額
を負担

⇒ 自己負担10,000円(月額)
(注2)

(注1) 自己負担(医療機関別に設定された自己負担限度額を負担) : 眼科3,000円(限度額に達せず3割負担)、内科5,500円(限度額を負担)、泌尿器科3,000円(限度額に達せず3割負担)

(注2) 自己負担(複数の医療機関の医療費を合算して設定された自己負担限度額を負担) : 2割負担の額12,000円(眼科2,000円、内科8,000円、泌尿器科2,000円)が自己負担限度額に達するため、自己負担限度額を負担

既認定者の自己負担に関するモデルケース② (外来通院しながら一時期に入院する場合)

患者の状況

- 全身性エリテマトーデスの患者(30歳)が、ステロイド製剤等の投与を受けるため外来通院するとともに、合併症である間質性肺炎の急性増悪の治療を受けるため14日間入院。
- ある月の総医療費(診療報酬額)が、外来通院4万円、入院30万円、合計34万円。
- 世帯年収は約350万円。所得階層は、現行制度においてF階層、新制度において一般所得Ⅰ。

医療費の自己負担

現行制度

外来通院・入院別に設定された自己負担限度額を負担

⇒ 当月の自己負担**28,050円**、食事療養費**0円**、計**28,050円** (注1)

【参考】医療費助成がなかった場合の自己負担80,830円(多数該当44,400円) [高額療養費]

新制度(経過措置期間中)

外来通院・入院の医療費を合算して設定された自己負担限度額[経過措置期間中]を負担

⇒ 自己負担**5,000円(月額)** (注2)、食事療養費**5,460円** (注3)、計**10,460円**

新制度

外来通院・入院の医療費を合算して設定された自己負担限度額を負担

⇒ 自己負担**10,000円(月額)** (注2)、食事療養費**10,920円** (注3)、計**20,920円**

(注1) 自己負担(外来通院・入院別に設定された自己負担限度額を負担) : 外来通院9,350円、入院18,700円(それぞれ限度額まで負担)

(注2) 自己負担(外来通院・入院の医療費を合算して設定された自己負担限度額を負担) : 2割負担の額68,000円が自己負担限度額に達するため、自己負担限度額を負担

(注3) 食事療養費 : $5,460円 = 1食260円 \times 3食 \times 14日 \times 1/2$ (経過措置期間中)、 $10,920円 = 1食260円 \times 3食 \times 14日$

既認定者の自己負担に関するモデルケース③ (患者負担割合の引下げにより自己負担限度額に達しなくなる場合)

患者の状況

- 全身性エリテマトーデスの患者(20歳)が、ステロイド製剤等の投与を受けるため、外来通院。
- ある月の総医療費(診療報酬額)が、4万円。
- 世帯年収は約350万円。所得階層は、現行制度においてF階層、新制度において一般所得 I。

医療費の自己負担

現行制度

⇒ 当月の自己負担9,350円

【参考】医療費助成がなかった
場合の自己負担12,000円〔3割
負担〕

新制度(経過措置期間中)

⇒ 自己負担5,000円(月額)
(注1)

新制度

⇒ 自己負担8,000円(月額)
(注2)

(注1) 自己負担〔経過措置期間中〕：自己負担限度額〔経過措置期間中〕を負担(2割負担の額(8,000円)が自己負担限度額〔経過措置期間中〕(5,000円)に達するため)

(注2) 自己負担：2割負担の額を負担(←2割負担の額(8,000円)が自己負担限度額(10,000円)に達しないため)

既認定者の自己負担に関するモデルケース④ (同一の世帯に複数の患者がいる場合)

患者の状況

- ・ ファブリー病の患者である姉妹(20歳台)が、アガルシダーゼベータ(酵素製剤)の投与を受けるため、外来通院。
- ・ 毎月の総医療費(診療報酬額)が、姉妹それぞれ220万円(世帯計440万円)。
- ・ 世帯年収は約600万円。所得階層は、現行制度においてG階層、新制度において一般所得Ⅱ。

医療費の自己負担

現行制度

姉の自己負担限度額(11,500円)の10%(1,150円)が妹の自己負担限度額となる

⇒ 毎月の自己負担**12,650円**
(姉11,500円+妹1,150円)

【参考】医療費助成がなかった場合の自己負担121,430円(多数該当44,400円) [高額療養費]

新制度(経過措置期間中)

世帯の限度額10,000円を姉妹で按分して設定された自己負担限度額[経過措置期間中](各々5,000円)を負担

⇒ 自己負担**10,000円(月額)**

新制度

「高額かつ長期」に該当しているため20,000円(一般)から10,000円へ自己負担限度額が軽減(注)

世帯の限度額10,000円を姉妹で按分して設定された自己負担限度額(各々5,000円)を負担

⇒ 自己負担**10,000円(月額)**

(注) 月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円を超える月が年間6回以上ある)者を、「高額な医療が長期的に継続する患者」(「高額かつ長期」)として、負担を軽減

既認定者の自己負担に関するモデルケース⑤ (高額な医療が継続する軽症者の場合)

患者の状況

- クローン病の患者(50歳)が、メサラジン(クローン病治療薬)【毎月】とインフリキシマブ(生物学的製剤)【隔月】の投与を受けるため、1年前から外来通院。現在、患者の症状は消失。
- ある月(インフリキシマブを投与)の総医療費(診療報酬額)が、35万円。
- 世帯年収は約170万円。所得階層は、現行制度においてC階層、新制度において一般所得 I。

医療費の自己負担

現行制度

軽症者も医療費助成の対象

⇒ 当月の自己負担3,450円

【参考】医療費助成がなかった場合の自己負担80,930円(多数該当44,400円) [高額療養費]

新制度(経過措置期間中)

軽症者も既認定者については経過措置期間中は医療費助成の対象

⇒ 自己負担5,000円(月額)

新制度

高額な医療が継続しているため軽症者であっても医療費助成の対象(注1)

「高額かつ長期」に該当しているため10,000円(一般)から5,000円へ自己負担限度額が軽減
(注2)

⇒ 自己負担5,000円(月額)

(注1) 月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が年間3回以上ある(例えば医療保険の3割負担の場合、医療費の自己負担が1万円以上の月が年間3回以上)者は、軽症者であっても医療費助成の対象として認定

(注2) 月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円を超える月が年間6回以上ある)者を、「高額な医療が長期的に継続する患者」(「高額かつ長期」)として、負担を軽減

既認定者の自己負担に関するモデルケース⑥

(現行制度において重症認定を受けており「高額かつ長期」に該当する場合)

患者の状況

- 大脳皮質基底核変性症の患者(65歳)が、レボドパ(パーキンソン症候群治療薬)等の投与を受けるため、1年前から外来通院。現在、患者は重症認定を受けている。
- 毎月の総医療費(診療報酬額)が、12万円。
- 世帯年収は約600万円。現行制度において重症者、新制度における所得階層は一般所得Ⅱ。

医療費の自己負担

現行制度

重症認定を受けている者は世帯年収にかかわらず医療費負担なし

⇒ 毎月の自己負担0円

【参考】医療費助成がなかった場合の自己負担36,000円〔3割負担〕

新制度(経過措置期間中)

重症認定を受けていた既認定者は経過措置期間中は自己負担限度額を軽減

⇒ 自己負担5,000円(月額)

【参考】既認定者であっても重症認定を受けていなかった場合の自己負担限度額〔経過措置期間中〕10,000円

新制度

「高額かつ長期」に該当しているため20,000円(一般)から10,000円へ自己負担限度額が軽減(注)

⇒ 自己負担10,000円(月額)

(注) 月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円を超える月が年間6回以上ある)者を、「高額な医療が長期的に継続する患者」(「高額かつ長期」)として、負担を軽減

既認定者の自己負担に関するモデルケース⑦ (人工呼吸器等を装着している場合)

患者の状況

- 筋萎縮性側索硬化症(ALS)の患者(45歳)が、人工呼吸器を装着して在宅療養を行っている。痛みに対してロキソプロフェン(痛み止め)等の投薬を受け、訪問看護も利用している。現在、患者は重症認定を受けている。
- 毎月の総医療費(診療報酬額)が、12万円。

医療費の自己負担

現行制度

重症認定を受けている者は世帯年収にかかわらず自己負担なし

⇒ 毎月の自己負担0円

【参考】医療費助成がなかった場合の自己負担36,000円 [3割負担]

新制度(経過措置期間中)

人工呼吸器等を装着している者は世帯年収にかかわらず自己負担限度額1,000円

⇒ 自己負担1,000円(月額)

新制度

人工呼吸器等を装着している者は世帯年収にかかわらず自己負担限度額1,000円

⇒ 自己負担1,000円(月額)