

医療費助成の仕組みの構築について

平成25年10月23日

中間報告における「給付水準の在り方」に関する留意事項

小慢専門委員会における「中間報告」（平成25年1月）においては、「給付水準については、財源を負担する国民に対して公平性・合理性を説明できるものである必要があり、限られた財源をより必要度の高い人に行き渡らせ、持続可能な仕組みとする観点からも、負担能力に応じた適正な利用者負担としていく必要がある」とされている。

【「中間報告」において指摘された検討事項・留意事項】

- 小児慢性特定疾患の特性を踏まえつつ、他の医療費助成制度における給付水準との均衡に留意しつつ、見直しを検討する必要がある。具体的には、利用者負担が全額免除されている重症患者の特例、入院時の標準的な食事療養に係る費用などの取扱について検討が必要である。
- その際、利用者負担については、低所得者や複数の患者がいる家庭に与える影響にも配慮することが必要である。

給付水準の在り方に関する基本的な考え方について

- 小児慢性特定疾患に係る新たな医療費助成における給付水準については、医療保険制度における高齢者の負担の在り方を参考に、小児慢性特定疾患の特性を考慮して、所得に応じて負担限度額等を設定することとする。
ただし、既認定者の取扱いについては、これまでの給付水準を考慮し、別途の対応を考えることとする。
- 所得については、生計中心者の判断が困難になっていること等を踏まえて、医療保険と同様に世帯単位で把握することとし、所得の判断については医療保険の例にならって市町村民税の課税所得を元に判断することとする。
- 他制度と同様、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とともに、入院時の標準的な食事療養に係る費用については利用者負担とするほか、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とする。

※ 難病医療費助成見直しに係る基本的な考え方も、上記と同様。

給付内容の見直し（案）

負担能力に応じた利用者負担、他の制度との均衡との観点から、以下のとおりとする。

- 重症患者に係る特例を見直し、所得等に応じて一定の自己負担を求める。
- 入院時の標準的な食事療養に係る費用については、利用者負担とする。
- 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。

【中間報告抜粋】

- 小児慢性特定疾患の特性を踏まえつつ、他の医療費助成制度における給付水準との均衡に留意しつつ、見直しを検討する必要がある。具体的には、利用者負担が全額免除されている重症患者の特例、入院時の標準的な食事療養に係る費用などの取扱について検討が必要である。

【他制度における取扱い】

	難病に係る新たな医療費助成制度の検討の方向	自立支援医療（育成医療）	養育医療（未熟児）	医療保険制度（高額療養費制度含む）
重症患者の取扱い	所得等に応じて一定の自己負担を求める方向で検討。	自己負担あり。 （所得に応じて1月当たりの負担額を設定）	自己負担あり。	自己負担あり。
入院時の食事療養の取扱い	自己負担とする方向で検討。	自己負担あり。 （生活保護及び生活保護移行防止のため減免措置を受けた者については自己負担なし。）	自己負担なし。	自己負担あり。 （高額療養費算定基準額に算入しない。）
院外調剤の自己負担の取扱い	月額限度額に含める方向で検討。	自己負担あり。 （所得に応じて1月当たりの負担額を設定）	- （給付が行われるのは入院治療の場合のみ）	自己負担あり。 （高額療養費算定基準額に算入する。）

※「難病対策の改革について（提言）」平成25年1月・難病対策委員会

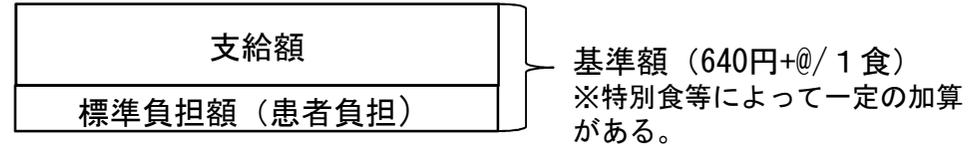
第2 公平・安定的な医療費助成の仕組みの構築

4 給付水準についての考え方

- 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・・・に係る負担については、患者負担するとともに、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。

【参考】入院時食事療養費の概要

- ・ 入院時に必要となる食費について、その一部を支給し、患者負担の軽減を図る仕組み。
- ・ 支給額は、食費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した額。標準負担額は家計調査をもとに算定。



- ・ 標準負担額 一般 1食：260円
- 市町村民税非課税の者等 1食：210円(※)
- (※ 過去1年間の入院日数が90日超の場合、160円)
- 市町村民税非課税の者等のうち、世帯全員が一定の所得以下等 1食：100円

小児慢性特定疾患に係る新たな医療費助成の制度案（たたき台）

- 自己負担の割合について
 - ・ 現行の3割（就学前児童は2割）から2割に引き下げ。
- 自己負担の限度額について
 - ・ 難病に係る新たな医療費助成の自己負担限度額を参考とし、所得に応じて設定。
 - ・ 症状が変動し入退院を繰り返す等の小児慢性特定疾患の特性に配慮し、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自己負担限度額を適用。
 ※ なお、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。
- 既認定者の取扱いは、別途検討。

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人子1人世帯）	自己負担限度額 （患者負担割合2割、外来＋入院）	
		原則	経過措置 （既認定者）
I	生活保護	0	0
II	市町村民税非課税	4,000	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 【経過措置】 概ね3年間
III	約200万～約380万	6,000	
IV	約380万～	22,200	

※ 同一生計内に2人以上の対象患者がいる場合は、その月の一部負担額の最も多額な児童以外の児童については、上記の表に定める額の1/10に該当する額をもって自己負担限度額とする。

※ 医療保険における高額療養費制度の見直しに関する検討状況を踏まえ、変更の可能性あり。

小慢における新たな医療費助成による自己負担限度額(月額)の変化(新規認定者)

高額療養費制度(現行・70歳未満)		→	新制度案(原則)	
自己負担割合: 3割			自己負担割合: 2割	
	外来+入院		外来+入院	
生活保護	-		生活保護等 0円	
低所得 市町村民税 非課税	35,400円 [多数該当24,600円]		低所得者 市町村民税非課税 4,000円	
一般所得 ~年収約770万	80,100円+(医療費 -267,000円)×1% [多数該当44,400円]		一般所得 年収200万 ~年収380万 6,000円	
上位所得 年収約770万~	150,000円+(医療費 -500,000円)×1% [多数該当83,400円]		一般所得 + 上位所得 年収380万~ 22,200円	

例: 年間所得280万円で、毎月500,000円の医療費(総額)を要する小慢患者の医療費(自己負担分)

従来: 82,430円(1~3ヶ月目)、44,400円(4ヶ月目~) ⇒ 新制度: 6,000円(1ヶ月目~)

(参考)難病に係る新たな医療費助成の制度案(たたき台)

- 自己負担の割合について
 - ・ 現行の3割(一般の高齢者は1割)から2割(一般の高齢者は1割)に引き下げ。
- 自己負担の限度額について
 - ・ 高額療養費制度(医療保険)における高齢者の外来の限度額を参考とし、所得に応じて設定。
 - ・ 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自己負担限度額を適用する。
※ なお、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。
- 助成の対象は、症状の程度が一定以上の者。なお、症状の程度が左記に該当しない軽症の場合であっても、高額な医療を要する者を対象に含める。
- 既認定者の取扱いは、別途検討。

☆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)
I	生活保護	0	0
II	市町村民税非課税	8,000	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 【経過措置】 概ね3年間
III	約160万～約370万	12,000	
IV	約370万～	44,400	

※ 医療保険における高額療養費制度の見直しに関する検討状況を踏まえ、変更の可能性あり。

(参考)難病に係る新たな医療費助成による自己負担限度額の変化(新規認定者)

高額療養費制度 (現行・70歳未満)	
自己負担割合 : 3割	
階層区分	外来+入院
生活保護	-
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 ~年収約770万	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% [多数該当44,400円]
上位所得 年収約770万~	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% [多数該当83,400円]



原則 (新規認定者)		
自己負担割合 : 2割		
	階層区分	外来+入院
I	生活保護	0円
II	市町村民税非課税	8,000円
III	年収約160万 ~約370万	12,000円
IV	年収約370万~	44,400円

例:年間所得280万円で、毎月500,000円の医療費(総額)を要する難病患者の医療費(自己負担分)

従来: 82,430円(1~3か月目)、44,400円(4か月目~) ⇒ 新制度: 12,000円(1か月目~)

(参考)他制度との比較

	小児慢性特定疾患 治療研究事業	特定疾患治療研究事業 (難病)	自立支援医療(育成医療)	養育医療(未熟児)	医療保険制度(参考) (高額療養費制度を含む)
入院時の食 事療養・生 活療養の取 扱い	自己負担なし。	自己負担なし。 なお、平成25年1月の「難病 対策の改革について(提言)」 において、「入院時の標準的 な食事療養に係る負担につ いては、患者負担とする」とされ ている。	自己負担あり。 (生活保護及び生活保護移 行防止のため減免措置を 受けた者については自己 負担なし。)	自己負担なし。	自己負担あり。 (高額療養費算定基準額に 算入しない。)
院外調剤の 自己負担の 取扱い	自己負担なし。	自己負担なし。 なお、平成25年1月の「難病 対策の改革について(提言)」 において、「薬局での保険調 剤に係る自己負担額につ いては、月額限度額に含める」とさ れている。	自己負担あり。 (所得に応じて1月当りの 負担額を設定。)	- (給付が行われるのは入 院治療の場合のみ)	自己負担あり。 (高額療養費算定基準額に 算入する。)
自己負担が 生じない区 分の有無	○住民税非課税世 帯 ○生活保護等世帯 ○重症患者。	○住民税非課税世帯 ○重症患者及び難治性の肝 炎のうち劇症肝炎、重症急性 膵炎並びに重症多形滲出性 紅斑(急性期)の患者。(※)	生活保護等世帯	生活保護等世帯	なし。
複数医療機 関を受診し た場合の合 算の有無	合算できる。	合算できない。	受給者証に記載された指定自 立支援医療機関である病院、薬 局等で、障害の治療のための医 療を受診した場合の自立支援 医療費については合算する。	合算できる。	合算して高額療養費算定基 準額に算入する(70歳未 満の場合、二千万円以上に限 る)。
医療受給者 証の有効期 限	1年間	1年間(毎年10月に定期更新)。	1年以内(原則3か月以内)で あって、自立支援医療を受ける ことが必要な期間(引き続き治 療が必要な場合は再度申請)。	診療の終了予定期限に若 干の余裕を見込んで設定。 最長1年間(未熟児(1歳 未満)が対象のため)。	被保険者証の有効期限は 保険者による。
治療範囲の 限定の有無	対象疾患及び当該 疾患に付随し発現す る傷病に対する医療 に限定。	対象疾患及び当該疾患に付 随して発現する傷病に対する 医療に限定。	障害を除去・軽減するため に確実な治療の効果が期 待できる医療に限定。	養育のため病院に入院す ることを必要とする未熟児 に対し、その養育に必要な 医療に限定。	保険診療に限定。

※スモン及びプリオン病の患者については、薬害救済の観点から自己負担額が生じないこととしている。

(参考)小児慢性特定疾患治療研究事業における自己負担限度額

階層区分	自己負担限度額	
	入院	外来
生活保護法の被保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯	0	0
生計中心者の市町村民税が非課税の場合	0	0
生計中心者の前年の所得税が非課税の場合	2,200	1,100
生計中心者の前年の所得税課税年額が5,000円以下の場合	3,400	1,700
生計中心者の前年の所得税課税年額が5,001円以上15,000円以下の場合	4,200	2,100
生計中心者の前年の所得税課税年額が15,001円以上40,000円以下の場合	5,500	2,750
生計中心者の前年の所得税課税年額が40,001円以上70,000円以下の場合	9,300	4,650
生計中心者の前年の所得税課税年額が70,001円以上の場合	11,500	5,750
重症者認定	0	0

※同一生計内に2人以上の対象患者がいる場合は、その月の一部負担額の最も多額な児童以外の児童については、上記の表に定める額の1/10に該当する額をもって自己負担限度額とする。

(備考)

1. 「市町村民税が非課税の場合」とは、当該年度(7月1日から翌年の6月30日をいう。)において市町村民税が課税されていない(地方税法第323条により免除されている場合を含む。)場合をいう。
2. この表の「所得税課税年額」とは、所得税法(昭和40年法律第33号)、租税特別措置法(昭和32年法律第26号)、災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律(昭和22年法律第175号)の規定及び平成23年7月15日雇児発0715第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「控除廃止の影響を受ける費用徴収制度等(厚生労働省雇用均等・児童家庭局所管の制度に限る。)」に係る取扱いについて」によって計算された所得税の額をいう。ただし、所得税額を計算する場合には、次の規定は適用しないものとする。
 - (1) 所得税法第78条第1項(同条第2項第1号、第2号(地方税法第314条の7第1項第2号に規定する寄附金に限る。))、第3号(地方税法第314条の7第1項第2号に規定する寄附金に限る。))、第92条第1項、第95条第1項、第2項及び第3項
 - (2) 租税特別措置法第41条第1項、第2項及び第3項、第41条の2、第41条の3の2第1項、第2項、第4項及び第5項、第41条の19の2第1項、第41条の19の3第1項及び第2項、第41条の19の4第1項及び第2項並びに第41条の19の5第1項
 - (3) 租税特別措置法の一部を改正する法律(平成10年法律第23号)附則第12条
3. 10円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。
4. 災害等により、前年度と当該年度との所得に著しい変動があった場合には、その状況等を勘案して実情に即した弾力性のある取扱いをして差し支えない。
5. 前年分の所得税又は当該年度の市町村民税の課税関係が判明しない場合の取扱いについては、これが判明するまでの期間は、前々年分の所得税又は前年度の市町村民税によることとする。

(参考)小児慢性特定疾患治療研究事業の所得区分利用者数

階 層 区 分		人 数 (人)	
		対 象 人 数	割 合
A	生活保護世帯	1,267	1.1%
B	生計中心者の市町村民税が非課税の場合(～205万円)	13,526	12.1%
C	生計中心者の前年の所得税が非課税の場合(205～232万円)	12,568	11.3%
D	生計中心者の前年の所得税課税年額が5,000円以下の場合(232～251万円)	2,148	2.0%
E	生計中心者の前年の所得税課税年額が5,001円以上15,000円以下の場合(251～286万円)	4,066	3.7%
F	生計中心者の前年の所得税課税年額が15,001円以上40,000円以下の場合(286～372万円)	10,717	9.6%
G	生計中心者の前年の所得税課税年額が40,001円以上70,000円以下の場合(372～457万円)	11,403	10.2%
H	生計中心者の前年の所得税課税年額が70,001円以上の場合(457万円以上)	39,683	35.6%
重症者認定		15,996	14.4%
合計		111,374	100.0%

※1 年収については、世帯モデル夫婦子ども一人、配偶者所得なしと設定。

※2 各階層の人数及び割合については、平成24年度母子保健課調べ

(参考) 現行の特定疾患治療研究事業の医療費助成制度における自己負担限度額

階 層 区 分			対象者別の一部自己負担の月額限度額		
			入院	外来等	生計中心者が患者本人の場合
		収入の目安			
A	生計中心者の市町村民税が非課税の場合	156万円以下	0円	0円	0円
B	生計中心者の前年の所得税が非課税の場合	156～163万円	4,500円	2,250円	対象患者が生計中心者であるときは、左欄により算出した額の1/2に該当する額をもって自己負担限度額とする。
C	生計中心者の前年の所得税課税年額が5,000円以下の場合	163～183万円	6,900円	3,450円	
D	生計中心者の前年の所得税課税年額が5,001円以上15,000円以下の場合	183～220万円	8,500円	4,250円	
E	生計中心者の前年の所得税課税年額が15,001円以上40,000円以下の場合	220～303万円	11,000円	5,500円	
F	生計中心者の前年の所得税課税年額が40,001円以上70,000円以下の場合	303～402万円	18,700円	9,350円	
G	生計中心者の前年の所得税課税年額が70,001円以上の場合	402万円以上	23,100円	11,550円	
重症患者認定			0円	0円	0円

- 備考：1. 「市町村民税が非課税の場合」とは、当該年度（7月1日から翌年の6月30日をいう。）において市町村民税が課税されていない（地方税法第323条により免除されている場合を含む。）場合をいう。
2. 10円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。
3. 災害等により、前年度と当該年度との所得に著しい変動があった場合には、その状況等を勘案して実情に即した弾力性のある取扱いをして差し支えない。
4. 同一生計内に2人以上の対象患者がいる場合の2人目以降の者については、上記の表に定める額の1/10に該当する額をもって自己負担限度額とする。
5. 上記の自己負担限度額は入院時の食事療養費を含む（標準負担額：所得に応じ1食あたり100円～260円）。
6. 収入は、夫婦のみの世帯をモデルとした場合の目安の値。

(参考)高額療養費の自己負担限度額

[70歳未満]

〈 〉は多数該当(過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当)の場合

	要件	自己負担限度額(1月当たり)
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額(※1)53万円以上 [国保] 世帯の年間所得(旧ただし書き所得(※2))が600万円超	150,000円+(医療費-500,000円)×1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来 (個人ごと)	自己負担限度額(1月当たり)
現役並み 所得者		[後期・国保]課税所得145万円以上(※3) [被用者保険]標準報酬月額28万円以上(※3)	44,400円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低 所 得 者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下(※4) [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下(※4) [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下(※4)等		15,000円

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除(33万円)をさらに差し引いたもの

※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満(70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満)を除く。

※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得(退職所得を除く)がない場合(年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下)

(参考) 障害に係る自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み

- ① 利用者負担が過大なものにならないよう、所得に応じて1月当たりの負担額を設定。(これに満たない場合は1割)
 ② 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(重度かつ継続)者、育成医療の中間所得層については、更に軽減措置を実施。

所得区分	更生医療・ 精神通院医療	育成医療	重度かつ継続	
一定所得以上	対象外	対象外	20,000円	市町村民税235,000円以上
中間所得	医療保険の 高額療養費 ※精神通院の 殆どは重度 かつ継続	10,000円	10,000円	市町村民税 235,000円未満
		5,000円	5,000円	
低所得2	5,000円	5,000円	5,000円	市町村民税非課税 (本人収入が [※] 800,001円以上)
低所得1	2,500円	2,500円	2,500円	市町村民税非課税 (本人収入が [※] 800,000円以下)
生活保護	0円	0円	0円	生活保護世帯

○「重度かつ継続」の範囲

- ・疾病、症状等から対象となる者
 - [更生・育成] 腎臓機能・小腸機能・免疫機能・心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)・肝臓の機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)の者
 - [精神通院] ①統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害(依存症等)の者
②精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者
- ・疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者
 - [更生・育成・精神通院] 医療保険の多数該当の者

※ 自立支援医療は、障害者等の心身の障害の状態の除去・軽減を図ることを目的とし、治療効果が期待される医療を給付対象としている。

(参考) 養育医療給付事業の徴収基準額

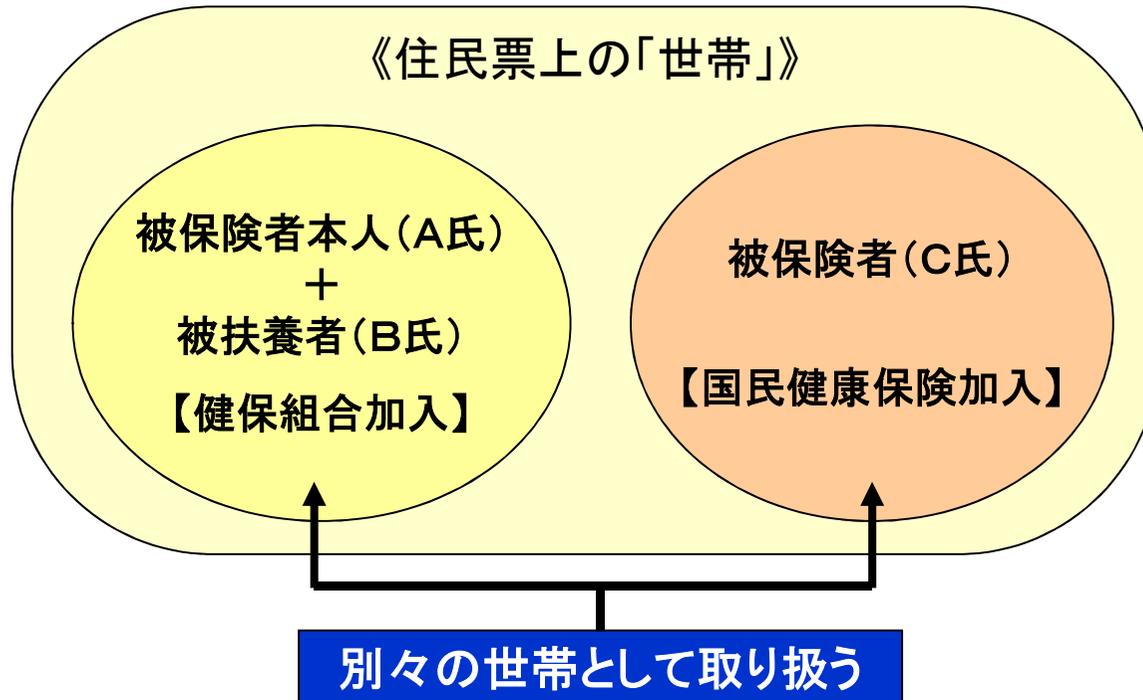
階層	世帯の階層(細)区分			徴収基準月額 (円)	加算基準月額
A	生活保護法による被保護世帯(単給世帯を含む。)・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付世帯			0	徴収基準月額 の10%
B	A階層を除き当該年度の市町村民税非課税世帯			2,600	
C	前年の所得税非課税世帯であって、当該年度の市町村民税の均等割又は所得割の課税世帯	市町村民税の均等割のみの課税世帯	C1	5,400	
		市町村民税所得割課税世帯	C2	7,900	
D	A階層及びB階層に属する世帯を除き、前年の所得税の額が次に掲げる税額である世帯	所得税の年額 15,000円以下	D1	10,800	
		15,001円から40,000円	D2	16,200	
		40,001円から70,000円	D3	22,400	
		70,001円から183,000円	D4	34,800	
		183,001円から403,000円	D5	49,400	
		403,001円から703,000円	D6	65,000	
		703,001円から1,078,000円	D7	82,400	
		1,078,001円から1,632,000円	D8	102,000	
		1,632,001円から2,303,000円	D9	123,400	
		2,303,001円から3,117,000円	D10	147,000	
		3,117,001円から4,173,000円	D11	172,500	
		4,173,001円から5,334,000円	D12	199,900	
5,334,001円から6,674,000円	D13	229,400			
	6,674,001円以上	D14	全 額		

※徴収基準加算月額とは、同世帯から2人以上の児童がいる場合に徴収基準月額の10%を加算する。

世帯の取扱いの考え方について

医療保険単位による「世帯」

- 「世帯」の単位については、住民票上の世帯の如何にかかわらず、同じ医療保険に加入している家族によって範囲を設定する。
※難病に係る新たな医療費助制度、自立支援医療においても同様の考え。
- 医療保険の加入関係が異なる場合には、税制における取扱いに関係なく、別の「世帯」として取り扱う。



<左図の例>

- 健康保険に加入するA氏とB氏からなる「世帯」と、国民健康保険に加入するC氏からなる「世帯」にわけて取扱う。