

厚生科学審議会疾病対策部会第15回難病対策委員会

議事次第

日時：平成23年10月19日

10:00～12:00

場所：専用22会議室(18階)

1. 開会

辻 厚生労働副大臣 挨拶

2. 議事

(1) 検討事項

今後の難治性疾患対策について

- ・これまでの委員会における議論を踏まえた論点について
- ・難治性疾患の定義について

(2) 報告事項

- ・関連制度の審議状況について

(3) その他

3. 閉会

<配布資料>

資料1 これまでの委員会における議論を踏まえた論点メモ

- 別紙1 現行の難治性疾患研究概念図
- 別紙2 特定疾患治療研究事業の対象疾患経緯一覧
- 別紙3 特定疾患治療研究事業疾患別受給者件数の推移
- 別紙4 特定疾患治療研究事業の対象疾患への追加に関する患者団体等からの要望一覧
- 別紙5 特定疾患治療研究事業実施要綱(抜粋)
- 別紙6 特定疾患別身体障害者手帳の取得状況一覧
- 別紙7 特定疾患治療研究事業の自己負担限度額表
- 別紙8 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
- 別紙9 都道府県別の臨床調査個人票のデータ入力率について
- 別紙10 難病施策概要
- 別紙11 小児慢性特定疾患治療研究事業の概要

資料2 難治性疾患の定義について

資料3 高額療養費の見直しについて(社会保障審議会医療保険部会資料抜粋)

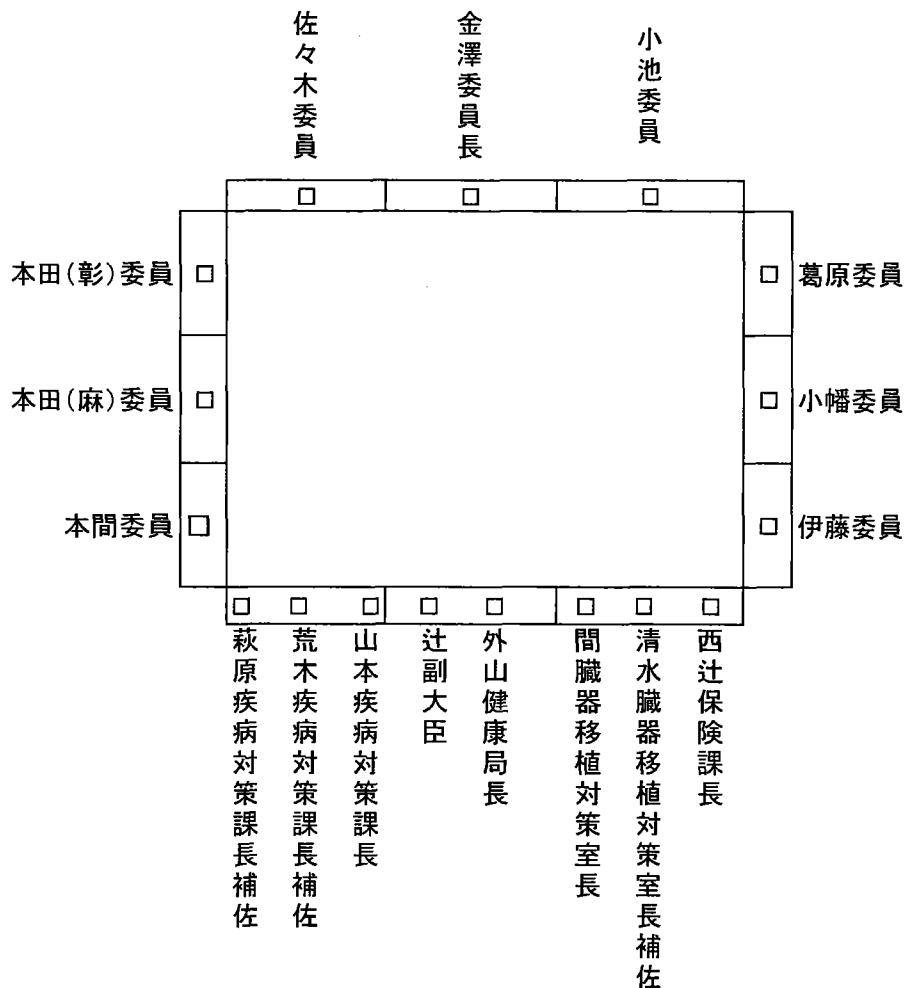
伊藤 建雄	日本難病・疾病団体協議会代表理事
小幡 純子	上智大学法科大学院長
○金澤 一郎	国際医療福祉大学大学院 院長
葛原 茂樹	鈴鹿医療科学大学教授
小池 将文	川崎医療福祉大学教授
佐々木 健	岡山県健康福祉部部長
^{スイタ} 水田 祥代	九州大学名誉教授・福岡歯科大学客員教授
広井 良典	千葉大学法経学教授
福永 秀敏	(独)国立病院機構南九州病院長
保坂 シゲリ	(社)日本医師会常任理事
本田 彰子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科教授
本田 麻由美	読売新聞東京本社
本間 俊典	あせび会(希少難病者全国連合会)監事
益子 まり	川崎市川崎区役所保健福祉センター所長
山本 一彦	東京大学大学院医学系研究科教授

○は委員長

厚生科学審議会疾病対策部会第15回難病対策委員会配置図

平成23年10月19日(水)10:00~12:00
厚生労働省 専用第22会議室(18階)

速記



事務局

受付

入口

傍聴席

これまでの委員会における議論を 踏まえた論点メモ

平成23年10月19日
厚生労働省健康局

① 対象疾患の公平性の観点（別紙1～4）

- ・ 難治性疾患の4要素（①希少性②原因不明③治療方法未確立④生活面への長期の支障）を満たす疾患であっても、特定疾患治療研究事業の対象疾患（現行56疾患）となっていないものがあり、希少性難治性疾患の間でも不公平感がある。
- ・ 難治性疾患克服研究事業の対象疾患も、臨床調査研究分野の130疾患及び研究奨励分野の214疾患（H22年実績）に限定されており、診断基準が確立していないものも含め細分化すると5000～7000あると言われている希少性難治性疾患の一部にしか対応していない。また、それら130疾患及び214疾患の中には、4要素を満たしていないものも含まれる。
- ・ 医療費補助対象疾患、研究対象疾患については、公平性の観点からも、ある一定の基準をもとに、入れ替えることを考える必要があるのではないか。

② 特定疾患治療研究事業運用の公正性の観点（別紙5、別紙6）

- ・ 受給申請の審査が不十分（患者自己負担軽減のため、医師が認定のために行う診断が甘くなっている等）であることなどから、本来対象外の者も対象となっているとの指摘がある。
- ・ 本来事業対象外の治療（認定された特定疾患に係る治療以外の医療）に対しても助成がなされている事例がある。
- ・ 実施要綱上他法優先を定めているにも関わらず、患者負担が少ない特定疾患治療研究事業が利用されているとの指摘がある。

③ 他制度との均衡の観点 (別紙7)

- ・ 一般の医療保険制度に上乘せされる他の公費負担制度と比較して、特定疾患治療研究事業をどう考えるか(例:小児慢性特定疾患治療研究事業、自立支援医療)
- ・ 入院時食事療養標準負担額等も補助の対象となっている。

④ 制度安定性の観点 (別紙8)

- ・ 近年、受給者増(2-3万人/年)・医療費増(100億円/年)の状況であり、補助要綱上、予算の範囲内で国が1/2補助することとなっているものの、現実的には大幅な都道府県の超過負担が続いており、不安定な制度となっている。

⑤ 臨床調査個人票の患者データの質、効率性の観点 (別紙9)

- ・ 難病の診断が厳密に行われておらずデータの質が研究に資するものではないこと、都道府県により、対象患者のデータ入力状況がまちまちであることから、統計データとしての精度に問題がある。
- ・ 患者一人一人の詳細な臨床データを入力することへの都道府県の負担が大きい一方、これらデータは疫学情報としても精度の問題もあり、データ収集の方法としては効率的ではない。
- ・ 患者、診断医、行政(都道府県)それぞれが、データ入力によるインセンティブを感じられる制度になっていないとの指摘がある。
- ・ 特定疾患治療研究事業は、福祉的側面のみが強調されており、患者、診断医、行政(都道府県)ともに、本来の研究的意義への認識が薄くなっているとの指摘がある。

-2-

⑥ 総合的施策の観点 (別紙10)

- ・ 難病対策が医療費助成、研究に偏重しており、難病に対する国民の理解・認知度を深めるための普及啓発や雇用・就労の促進などの総合的な対策が進んでいない。
- ・ 各都道府県に設置されている難病相談・支援センターは、都道府県によっては、基盤が脆弱であり、活動にも差がある。
- ・ 難病患者団体が力をつけて、患者間の支援、ネットワーク化あるいは研究など、自らもより一層難病対策に取り組むことが望ましい。
- ・ 難病研究、治療法開発等の国際連携が十分図られていない。
- ・ 難病患者へ自らの疾患に関する最新情報の提供、災害弱者たる難病患者への危機管理上の特段の配慮等のサービスが必要ではないか。

⑦ その他 (別紙11)

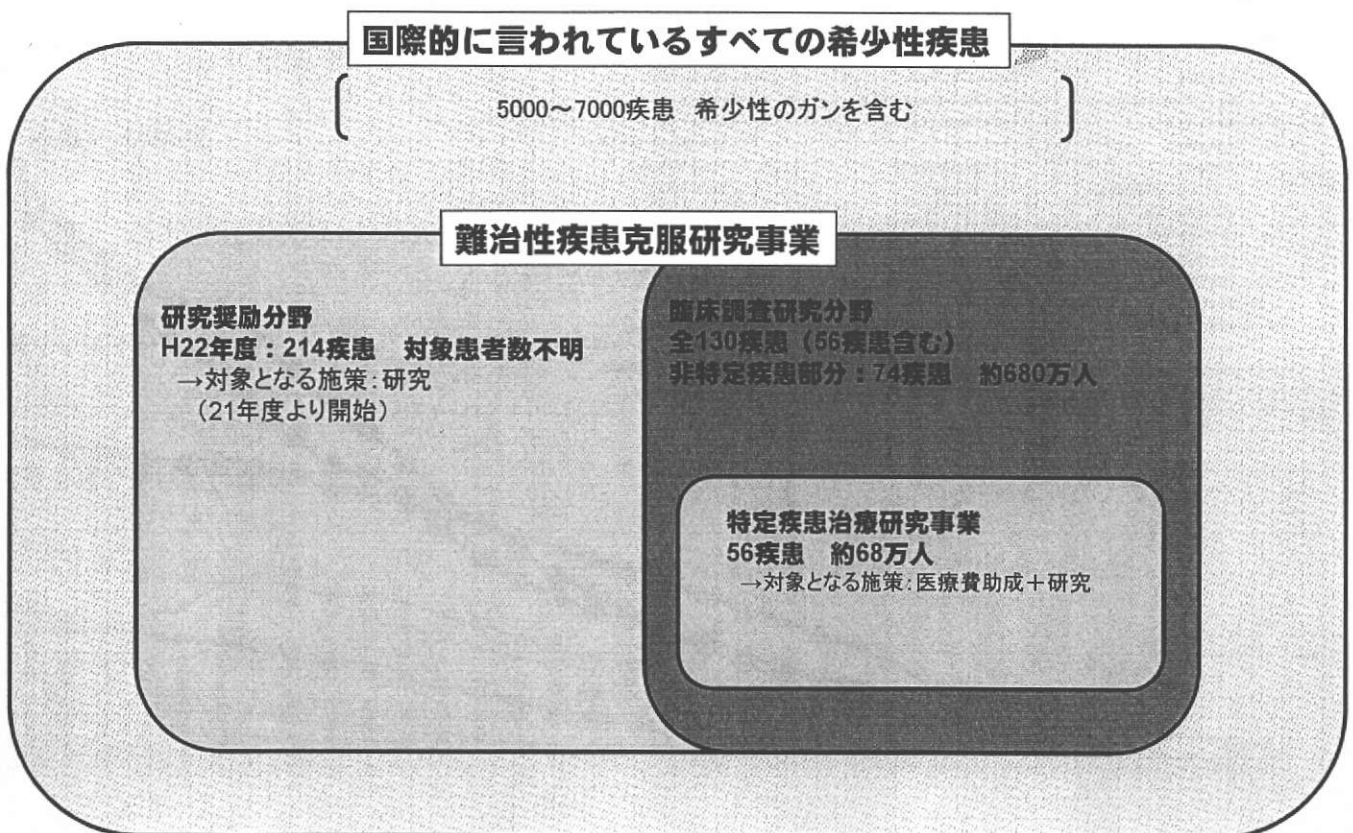
- ・ 現行制度そのままの継続は困難であり、抜本的に難病対策の見直しを進めていく必要があるのではないか。
- ・ 医療保険制度、障害者施策等の他制度の改革と整合性を図りながら、難病対策のあり方について議論をする必要があるのではないか。
- ・ 特定疾患治療研究事業の研究的側面と福祉的側面の考え方を整理する必要があるのではないか。
- ・ いわゆる「難病」の定義について、整理する必要があるのではないか。
(希少性(概ね5万人未満)、原因不明、治療方法未確立、生活面への長期の支障及び診断基準が一応確立している等)
- ・ 小児慢性特定疾患治療研究事業の対象疾患(例:胆道閉鎖症など)であって特定疾患治療研究事業の対象とならないものについては、20才以降、医療費助成を受けることができない、いわゆるキャリアオーバーの問題がある。

別紙

平成23年10月19日
厚生労働省健康局

現行の難治性疾患研究概念図

別紙1



特定疾患治療研究事業の対象疾患経緯一覽

疾患番号	疾患名	実施年月日	受給者証所持者数
1	ベーチェット病	昭和47年 4月	17,693
2	多発性硬化症	昭和48年 4月	14,227
3	重症筋無力症	昭和47年 4月	17,125
4	全身性エリテマトーデス	"	57,253
5	スモン	"	1,756
6	再生不良性貧血	昭和48年 4月	9,479
7	サルコイドーシス	昭和49年10月	20,150
8	筋萎縮性側索硬化症	"	8,492
9	強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎	"	41,648
10	特発性血小板減少性紫斑病	"	22,853
11	結節性動脈周囲炎	昭和50年10月	7,185
12	潰瘍性大腸炎	"	113,306
13	大動脈炎症候群	"	5,572
14	ピュルガー病	"	7,591
15	天疱瘡	"	4,557
16	脊髄小脳変性症	昭和51年10月	23,233
17	クローン病	"	30,891
18	難治性肝炎のうち劇症肝炎	"	266
19	悪性関節リウマチ	昭和52年10月	6,049
20	パーキンソン病関連疾患	"	104,400
①	進行性核上性麻痺	平成15年10月	
②	大脳皮質基底核変性症	平成15年10月	
③	パーキンソン病	昭和53年10月	
21	アミロイドーシス	昭和54年10月	1,419
22	後縦靭帯骨化症	昭和55年12月	29,291
23	ハンチントン病	昭和56年10月	796
24	モヤモヤ病(ウイルス動脈輪閉塞症)	昭和57年10月	12,885
25	ウェグナー肉芽腫症	昭和59年 1月	1,607
26	特発性拡張型(うっ血型)心筋症	昭和60年 1月	22,134
27	多系統萎縮症	"	11,119
①	線条体黒質変性症	平成15年10月	
②	オリブ橋小脳萎縮症	昭和51年10月	
③	シャイドレーガー症候群	昭和61年 1月	
28	表皮水疱症(接合部型及び栄養障害型)	昭和62年 1月	329
29	膿瘍性乾癬	昭和63年 1月	1,635
30	広範脊柱管狭窄症	昭和64年 1月	3,986

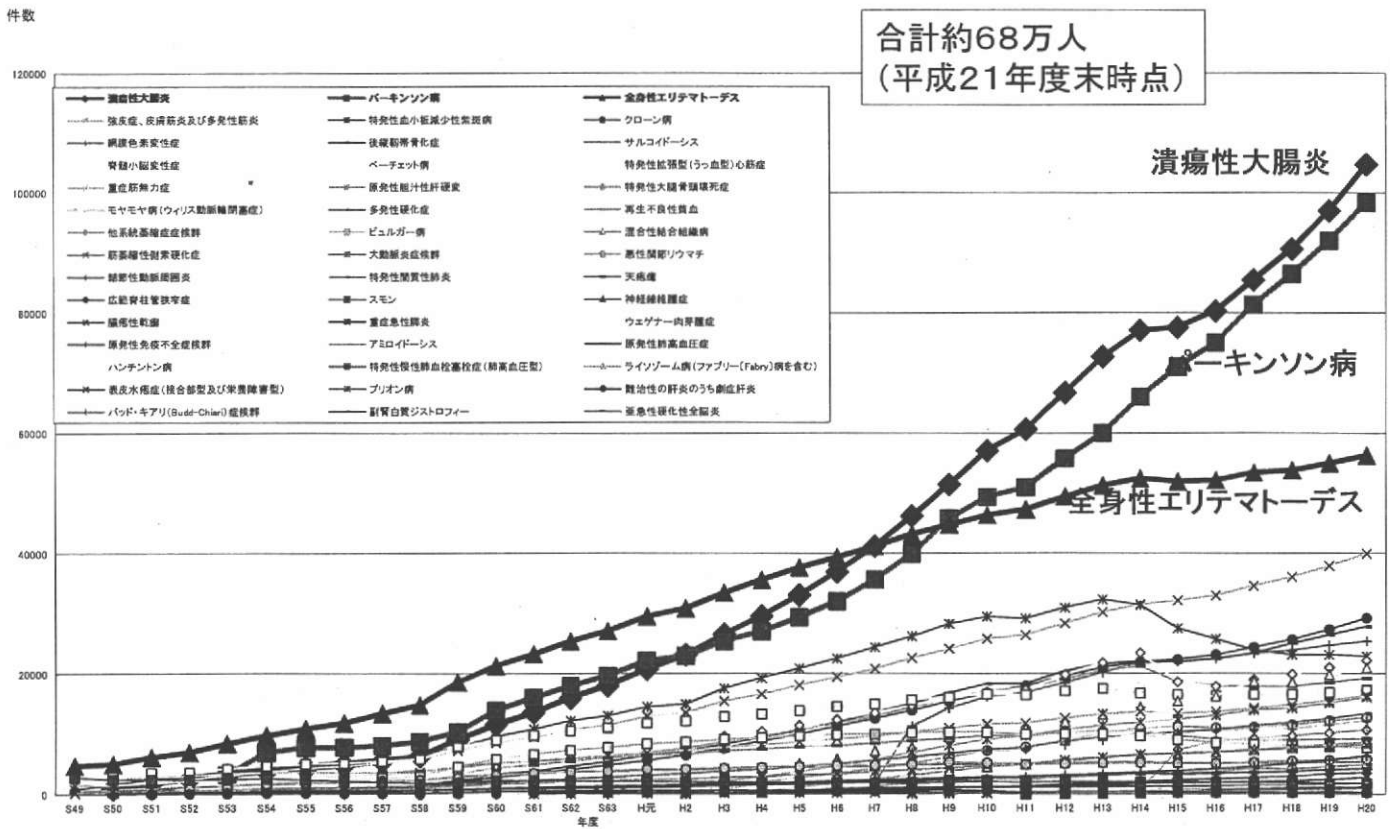
疾患番号	疾患名	実施年月日	受給者証所持者数
31	原発性胆汁性肝硬変	平成 2年 1月	17,056
32	重症急性膵炎	平成 3年 1月	1,185
33	特発性大腿骨頭壊死症	平成 4年 1月	13,316
34	混合性結合組織病	平成 5年 1月	9,016
35	原発性免疫不全症候群	平成 6年 1月	1,162
36	特発性間質性肺炎	平成 7年 1月	5,681
37	網膜色素変性症	平成 8年 1月	25,952
38	プリオン病	平成14年 6月統合	424
①	クローンツェルト・ヤコブ病	平成 9年 1月	
②	ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病	平成14年 6月	
③	致死性家族性不眠症	平成14年 6月	
39	肺動脈性肺高血圧症	平成10年 1月	1,272
40	神経線維腫症	平成10年 5月	2,990
41	亜急性硬化性全脳炎	平成10年12月	95
42	バッド・キアリ(Budd-Chiari)症候群	"	248
43	慢性血栓性肺高血圧症	"	1,105
44	ライソゾーム病	平成14年 6月統合	730
①	ファブリー病	平成11年 4月	
②	ライソゾーム病	平成13年 5月	
45	副腎白質ジストロフィー	平成12年 4月	176
46	家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)	平成21年10月	未集計
47	脊髄性筋萎縮症	平成21年10月	未集計
48	球脊髄性筋萎縮症	平成21年10月	未集計
49	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	平成21年10月	未集計
50	肥大型心筋症	平成21年10月	未集計
51	拘束型心筋症	平成21年10月	未集計
52	ミトコンドリア病	平成21年10月	未集計
53	リンパ脈管筋腫症(LAM)	平成21年10月	未集計
54	重症多形滲出性紅斑(急性期)	平成21年10月	未集計
55	黄色靭帯骨化症	平成21年10月	未集計
56	間脳下垂体機能障害(PRL分泌異常症、ゴナドトロピン分泌異常症、ADH分泌異常症、下垂体性TSH分泌異常症、クッシング病、先端巨大症、下垂体機能低下症)	平成21年10月	未集計
合計			679,335

平成21年度末現在

※出典：衛生行政報告例
 ※対象疾患は平成21年4月1日現在における対象疾患である。

特定疾患治療研究事業疾患別受給者件数の推移

合計約68万人
(平成21年度末時点)



疾患名	患者会等
1 von Hippel-Lindau病	von Hippel-Lindau病患者の会 (通称:ほっとchain)
2 強直性脊椎炎	日本強直性脊椎炎友の会
3 RSD (反射性交感神経性ジストロフィー)	CRPS患者の会、かぼちゃの会
4 HAM	全国HAM患者友の会 (アトムの会)
5 FOP (進行性骨化性線維異形成症、進行性化骨筋炎)	J-FOP~光~患者会
6 線維筋痛症	NPO法人線維筋痛症友の会
7 胆道閉鎖症	胆道閉鎖症の子どもを守る会
8 1型糖尿病	IDDM全国インターネット患者会idm.21、近畿つぼみの会(小児糖尿病インスリン依存型糖尿病患者・家族会)
9 マルファン症候群	マルファンサポーターズ協議会
10 腹膜偽粘液腫	腹膜偽粘液腫患者支援の会
11 ブラダー・ウィリー症候群	日本ブラダー・ウィリー症候群協会
12 XP (色素性乾皮症)	全国色素性乾皮症 (XP) 連絡会
13 エーラス・ダンロス症候群	CTDサポーターズ協議会 (旧マルファンサポーターズ協議会)
14 水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症	魚鱗癬の会
15 非水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症	魚鱗癬の会
16 シックハウス症候群	シックハウス連絡会
17 混合型血管奇形	混合型血管奇形の難病指定を求める会、混合型血管奇形の難病指定を求める議員連盟
18 フェニルケトン尿症	フェニルケトン尿症親の会・医療費助成委員会
19 シャルコー・マリー・トゥース病	シャルコー・マリー・トゥース病友の会 (準備会)
20 軟骨無形成症	つくしの会
21 脳脊髄液減少症	特定非営利活動法人サン・クラブ
22 遠位型ミオパチー	遠位型ミオパチー患者会
23 慢性疲労症候群 (CFS)	慢性疲労症候群友の会
24 小児交互性片麻痺	日本小児神経学会、日本てんかん学会
25 ラスムッセン症候群	日本小児神経学会、日本てんかん学会
26 慢性活動性EBウイルス感染症	慢性活動性EBウイルス感染症患者の親の会
27 アトピー性脊髄炎	アトピー性脊髄炎患者会
28 ジストニア	NPO法人ジストニア友の会
29 ポルフィリン症	全国ポルフィリン症代謝障害患者会、民主党ポルフィリン症を考える会議員連盟
30 コケイン症候群	中標津町、日本コケイン症候群ネットワーク
31 脾嚢胞線維症	脾嚢胞線維症の治療環境を実現する会、脾嚢胞線維症患者と家族の会
32 発作性夜間ヘモグロビン尿症 (PNH)	再生つばさの会
33 CAPS (クリオピン関連周期性発熱症候群)	CAPS患者・家族の会
34 間質性膀胱炎	日本間質性膀胱炎患者情報センター
35 ウエルナー症候群	ウエルナー症候群患者家族の会
36 成人先天性心疾患	全国心臓病の子どもを守る会

※ 注1)平成23年3月末までに寄せられた要望をまとめたもの。注2)名称等により個人が特定される団体を除く。

特定疾患治療研究事業実施要綱(抜粋)

(昭和48年4月17日衛発第242号)

最終一部改正:平成21年10月30日健発1030第3号)

第4 対象者

第3に掲げる対象疾患に罹患した患者であって、医療機関(健康保険法に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者(同法に規定する訪問看護を行うことができる者に限る。))及び同法に規定する指定介護予防サービス業者(同法に規定する介護予防訪問看護を行うことができる者に限る。)を含む。以下同じ。)において当該疾患に関する医療書く方もしくは高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者又は当該疾患に関する介護保険法の規定による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防居宅量管理指導を受けている者であって、国民健康保険法の規定による被保険者及び健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法若しくは私立学校教職員共済法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者とする。

ただし、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる者は除くものとする。

第6 対象医療の範囲

治療研究事業の対象となる医療は、重症者であるか否に関わらず、別に定める手続きにより認定された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られる。なお、スモンについては、主たる神経症状(下肢の異常知覚、自律神経障害、頑固な腹部症状等)に加えて、これが誘因となることが明らかな疾病(循環器系及び泌尿器系の疾病のほか、骨折、白内障、震戦、高血圧、慢性頭痛、めまい、不眠、膝関節痛、腰痛、歯科疾患等)を幅広く併発する状況にあることに留意すること。

特定疾患別身体障害者手帳の取得状況一覧

特定疾患	身体障害者手帳 有
ベーチェット病	16.1%
多発性硬化症	32.6%
重症筋無力症	9.0%
全身性エリテマトーデス	11.9%
再生不良性貧血	6.3%
サルコイドーシス	10.7%
筋萎縮性側索硬化症	56.3%
強皮症	10.0%
皮膚筋炎及び多発性筋炎	14.3%
特発性血小板減少性紫斑病	5.5%
結節性動脈周囲炎	16.1%
潰瘍性大腸炎	3.6%
大動脈炎症候群	17.3%
ピュルガー病	19.5%
天疱瘡	6.2%
脊髄小脳変性症	55.3%
クローン病	11.9%
難治性の肝炎のうち劇症肝炎	3.6%
悪性関節リウマチ	48.8%
パーキンソン病関連疾患	30.7%
アミロイドーシス	26.9%
後縦靭帯骨化症	32.0%
ハンチントン病	53.0%
モヤモヤ病	20.7%

特定疾患	身体障害者手帳 有
ウェゲナー肉芽腫症	15.0%
特発性拡張型心筋症	27.6%
多系統萎縮症	53.5%
表皮水疱症	21.5%
膿疱性乾癬	8.2%
広範脊柱管狭窄症	38.7%
原発性胆汁性肝硬変	3.8%
重症急性膵炎	4.6%
特発性大腿骨頭壊死症	46.0%
混合性結合組織病	7.1%
原発性免疫不全症候群	11.9%
特発性間質性肺炎	25.2%
網膜色素変性症	54.6%
プリオン病	22.7%
原発性肺高血圧症	44.7%
神経線維腫症(I, II型)	21.1%
亜急性硬化性全脳炎	89.4%
バッド・キアリ症候群	3.7%
特発性慢性肺血栓栓症	40.5%
ライソゾーム病	39.3%
副腎白質ジストロフィー	70.8%
全疾患平均	21.1%

「臨床調査個人票に基づく特定疾患治療研究医療受給者調査報告書 - 2007年度医療受給者 -」

厚生労働省科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班

- 6 -

特定疾患治療研究事業の自己負担限度額表

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
A	生計中心者の市町村民税が非課税の場合	0	0	0
B	生計中心者の前年の所得税が非課税の場合	4,500	2,250	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	6,900	3,450	
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	8,500	4,250	
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	11,000	5,500	
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	18,700	9,350	
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	23,100	11,550	
重症者認定		0	0	0

- 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）。

- 7 -

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表

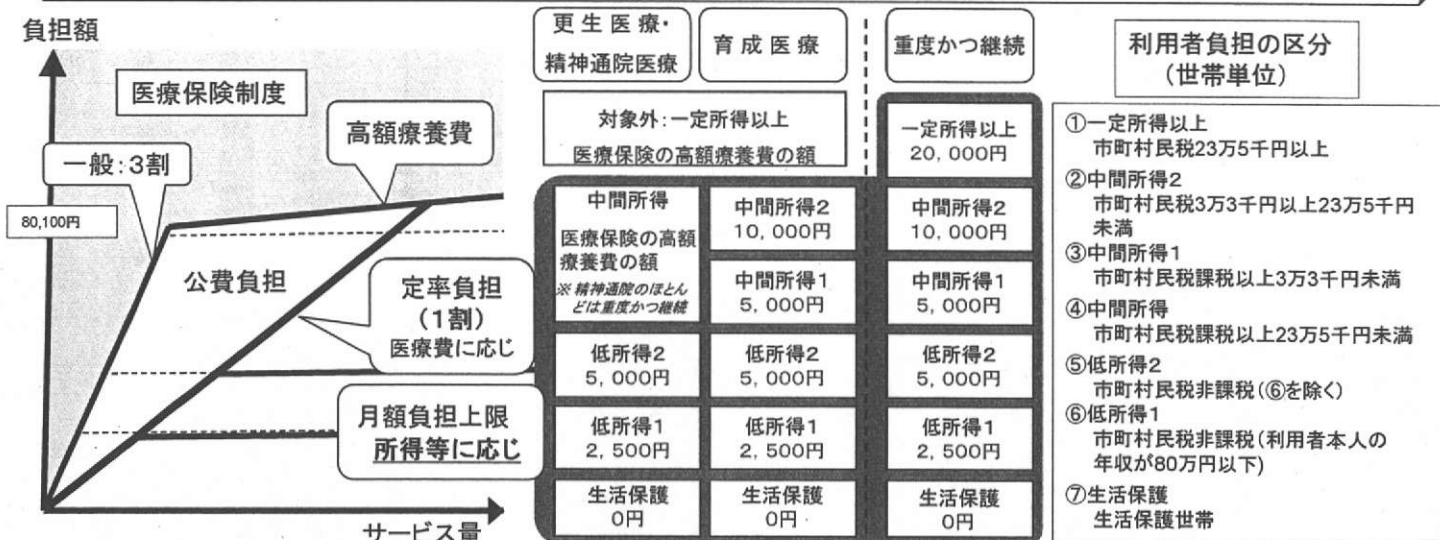
Table with 3 columns: 階層区分, 自己負担限度額 (入院, 外来). Rows include categories like '生活保護法の被保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯' and '生計中心者の市町村民税が非課税の場合'.

(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)及び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、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. 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。
6. 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。
7. 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: 所得に応じて1食あたり100円~260円)。

自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み

- ① 自己負担については、1割の定率負担。
② 定率負担が過大なものとならないよう、所得に応じて1月当たりの負担限度額を設定。
③ 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。
④ 食費は自己負担(生活保護受給者及び生活保護受給者と同等の所得の者を除く)



「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

高額療養費の自己負担限度額（現行）

（参考）

〔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

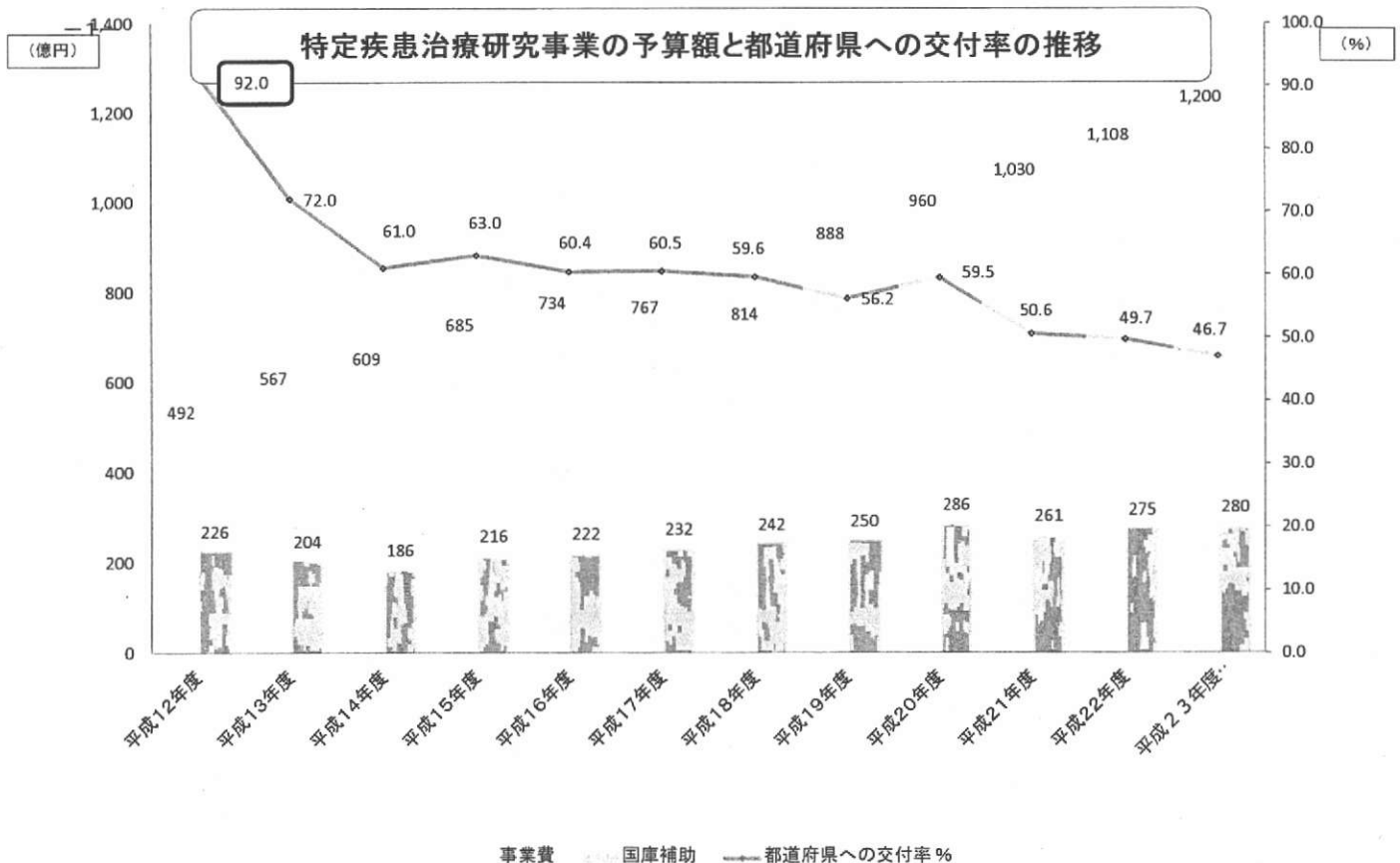
	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

〔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）	44,000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 [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）

別紙8



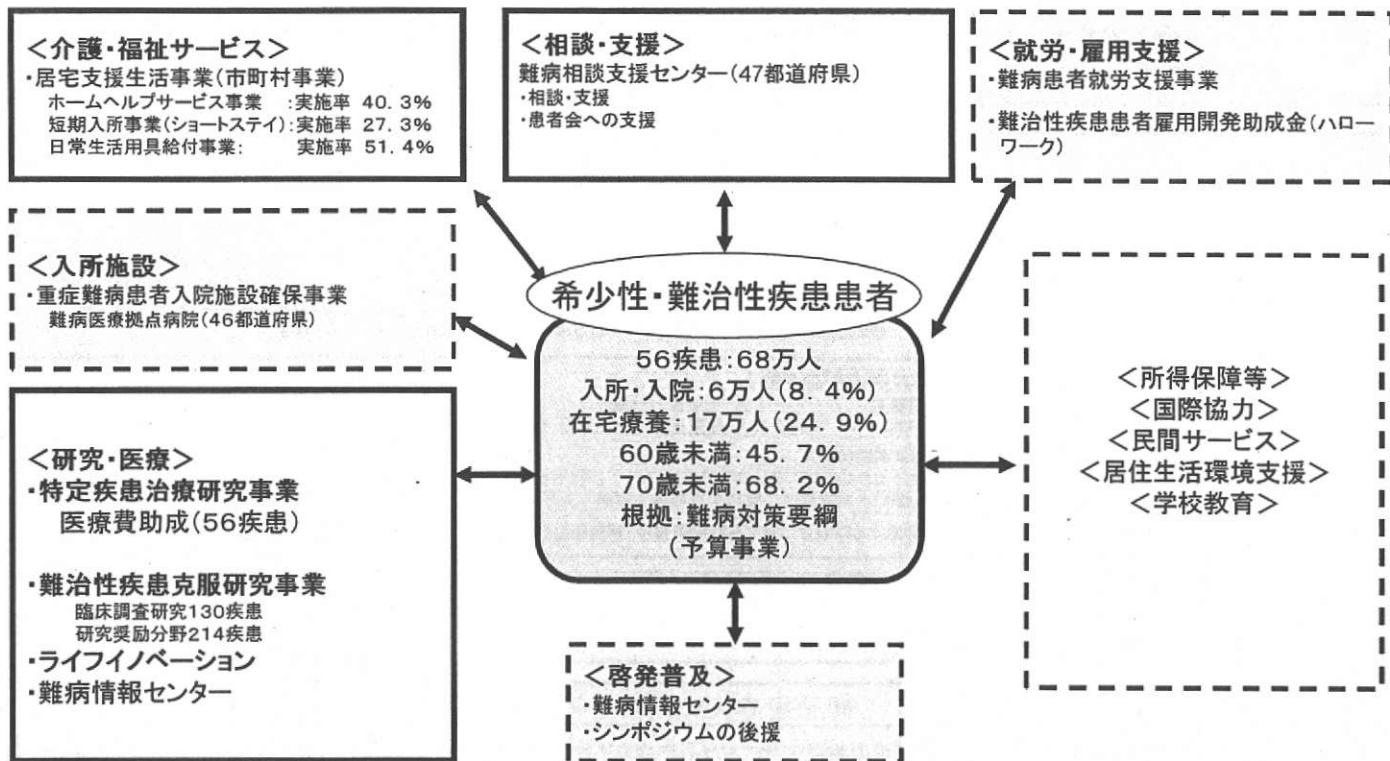
都道府県別の臨床調査個人票のデータ入力率について

データ入力率	都道府県数
100%以上	28
90%～100%	5
80～90%	6
70%台	1
20～30%	3
10%台	1
5%以下	3

(算出法)

$$\frac{\text{厚労省への送信済み件数}}{\text{平成21年度末の受給者証所持者数}}$$

難病施策概要

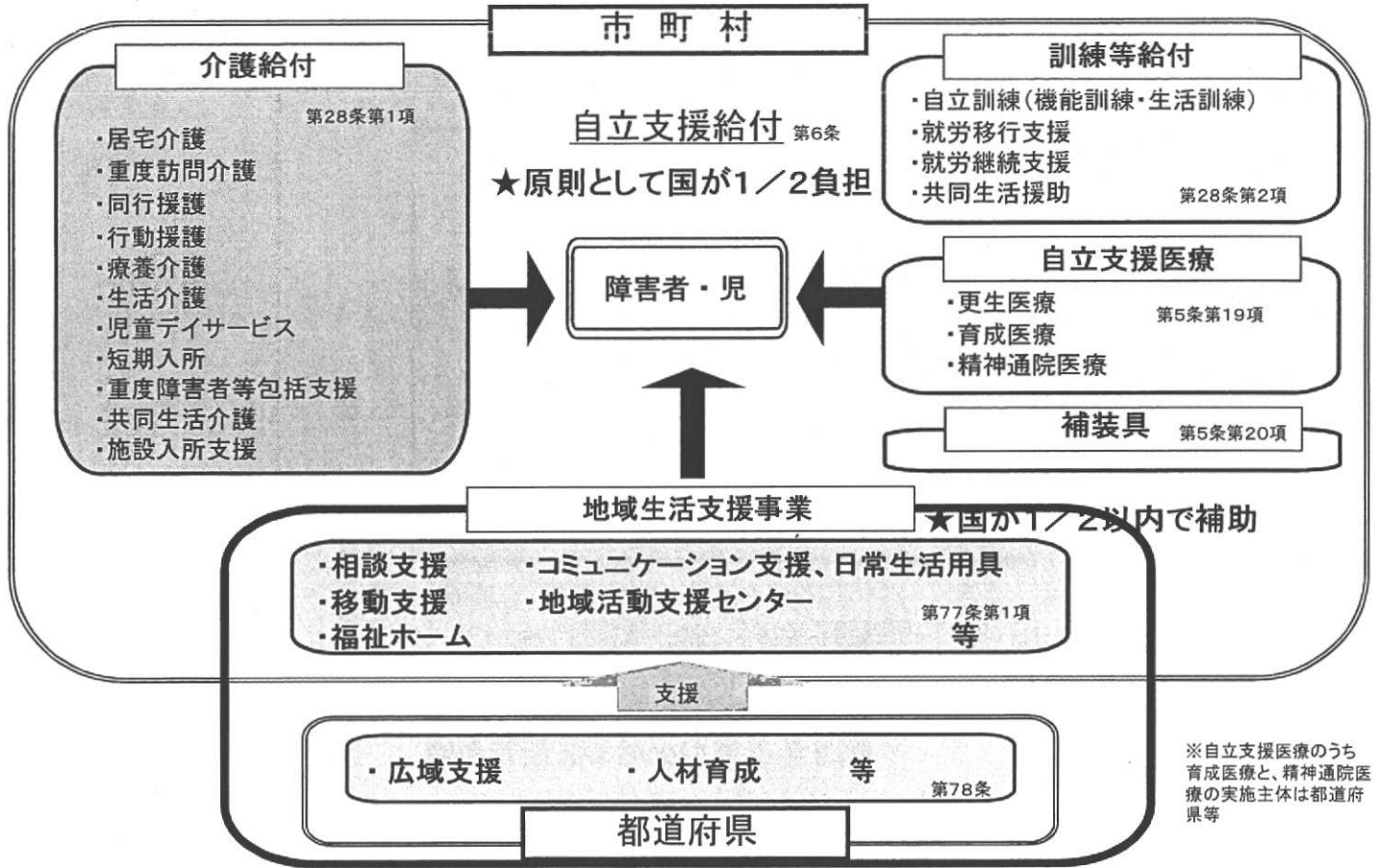


難治性疾患克服研究事業対象疾患(臨床調査研究事業130疾患(56疾患を除く) : 680万人)
 特定疾患治療研究事業(56疾患 : 医療受給者証 68万人)→身体障害者手帳取得率:21%

※障害者手帳取得者は、障害の程度等に応じて、障害者支援を受けられる。

障害者自立支援法の給付・事業

(参考)



障害者雇用促進法の概要

(参考)

【目的】 障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置、職業リハビリテーションの措置等を通じて、障害者の職業の安定を図ること。

事業主に対する措置

雇用義務制度	事業主に対し、障害者雇用率に相当する人数の身体障害者・知的障害者の雇用を義務づける
	<p>民間企業 1. 8%</p> <p>国、地方公共団体、特殊法人等 2. 1%</p> <p>都道府県等の教育委員会 2. 0%</p> <p>※1 大企業等において、障害者を多数雇用する等一定の要件を満たす会社（特例子会社）を設立した場合等、雇用率算定の特例も認めている。</p> <p>※2 精神障害者（手帳所持者）については、雇用義務の対象ではないが、各企業の雇用率（実雇用率）に算定することができる。</p>
納付金制度	<p>障害者の雇用に伴う事業主の経済的負担の調整を図る</p> <p>○ 障害者雇用納付金（雇用率未達成事業主） 不足1人 月額5万円徴収（適用対象：常用労働者200人超）</p> <p>○ 障害者雇用調整金（雇用率達成事業主） 超過1人 月額2万7千円支給（適用対象：常用労働者200人超）</p> <p>※1 平成27年4月より100人を超える事業主に拡大。</p> <p>※2 この他、200人以下（平成27年4月より100人以下）の事業主については報奨金制度あり。（障害者を4%又は6人のいずれか多い人数を超えて雇用する場合、超過1人月額2万1千円支給）</p> <p>・上記のほか、在宅就業障害者に仕事を発注する事業主に対する特例調整金・特例報奨金の制度がある。（在宅就業障害者支援制度）</p>
	<p>障害者を雇い入れるための施設の設置、介助者の配置等に助成金を支給</p> <p>・障害者作業施設設置等助成金</p> <p>・障害者介助等助成金 等</p>

障害者本人に対する措置

職業リハビリテーションの実施	<p>地域の就労支援関係機関において障害者の職業生活における自立を支援<福祉施策との有機的な連携を図りつつ推進></p> <p>○ ハローワーク(全国545か所)</p> <p>障害者の態様に応じた職業紹介、職業指導、求人開拓等</p> <p>○ 地域障害者職業センター(全国47か所)</p> <p>専門的な職業リハビリテーションサービスの実施(職業評価、準備訓練、ジョブコーチ等)</p> <p>○ 障害者就業・生活支援センター(全国310か所)</p> <p>就業・生活両面にわたる相談・支援</p>
----------------	---

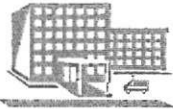
- 小児慢性疾患のうち、小児がんなど特定の疾患については、その治療が長期間にわたり、医療費の負担も高額となることからその治療の確立と普及を図り、併せて患者家庭の医療費の負担軽減にも資するため、医療費の自己負担分を補助する制度。

事業の概要

- 対象年齢 18歳未満の児童（ただし、18歳到達時点において本事業の対象になっており、かつ、18歳到達後も引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満の者を含む。）
- 補助根拠 児童福祉法第21条の5、第53条の2
- 実施主体 都道府県・指定都市・中核市
- 補助率 1/2（負担割合：国1/2、都道府県・指定都市・中核市1/2）
- 自己負担 保護者の所得に応じて、治療に要した費用について一部自己負担がある。ただし、重症患者に認定された場合は自己負担はなし。

沿革

- 昭和43年度から計上
- 昭和49年度 整理統合し4疾患を新たに加え、9疾患群からなる現行制度を創設。
- 平成2年度 新たに神経・筋疾患を加え、10疾患群とする。
- 平成17年度 児童福祉法に基づく法律補助事業として実施するとともに、慢性消化器疾患群を追加し11疾患群とする。また、日常生活用具給付事業などの福祉サービスも実施。



対象疾患

- ① 悪性新生物
- ② 慢性腎疾患
- ③ 慢性呼吸器疾患
- ④ 慢性心疾患
- ⑤ 内分泌疾患
- ⑥ 膠原病
- ⑦ 糖尿病
- ⑧ 先天性代謝異常
- ⑨ 血友病等血液・免疫疾患
- ⑩ 神経・筋疾患
- ⑪ 慢性消化器疾患

11疾患群(514疾患)
 ※H22年度給付人数
 108,790人
 ※H22年度総事業費
 251億円

すべて
 入院・通院
 ともに対象

難治性疾患の定義について

I 難病対策要綱（昭和47年10月）〈抜粋〉

いわゆる難病においては、従来これを統一的な施策の対策としてとりあげていなかったが、難病患者のおかれている状況にかんがみ、総合的な難病対策を実施するものとする。難病対策として取り上げるべき疾病の範囲についてはいろいろな考え方があるが、次のように整理する。

- (1) 原因不明、治療法未確立であり、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない疾病（例：ペーチェット病、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス）
- (2) 経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家庭の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾患（例：小児がん、小児慢性腎炎、ネフローゼ、小児ぜんそく、進行性筋ジストロフィー、腎不全（人工透析対象者）、小児異常行動、重症心身障害児）

～ 略 ～

なお、ねたきり老人、がんなど、すでに個別の対策の体系が存するものについては、この対策から、除外する。

II 公衆衛生審議会成人病難病対策部会難病対策専門委員会最終報告

（平成7年12月27日）〈抜粋〉

2 今後の特定疾患対策の基本的方向

- (1) 特定疾患対策の重点的かつ効果的な施策の充実と推進を図るため、①希少性、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（長期療養を必要とする）、という4要素に基づき対象疾患として取り上げる範囲を明確にすることが必要である。

Ⅲ 特定疾患対策懇談会・特定疾患治療研究事業に関する対象疾患検討部会 報告（平成9年3月19日）〈抜粋〉

調査研究事業対策疾患の選定基準

① 希少性

患者数が有病率から見て概ね5万人未満の疾患とする。

② 原因不明

原因又は発症機序（メカニズム）が未解明の疾患とする。

③ 効果的な治療方法未確立

完治に至らないまでも進行を阻止し、又は発症を予防し得る手法が確立されていない疾患とする。

④ 生活面への長期にわたる支障（長期療養を必要とする）

日常生活に支障があり、いずれは予後不良となる疾患或いは生涯にわたり療養を必要とする疾患とする。

⑤ その他

がん、脳卒中、心臓病、進行性筋ジストロフィー、重症心身障害、精神疾患などのように別に組織的な研究が行われているものについては、効率的な研究投資の観点から従来のおり本調査研究事業から除くべきである。

Ⅳ 厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会・今後の難病対策の在り方について中間報告（平成14年8月23日）〈抜粋〉

4. 今後の特定疾患の定義と治療研究事業対策疾患の選定の考え方

(1) 特定疾患の定義について

現在、特定疾患については、①症例が比較的少ないために全国的な規模で研究が行わなければ対策が進まない、②原因不明、③効果的な治療法未確立、④生活面への長期にわたる支障（長期療養を必要とする）の4要素を満たす疾患の中から、原因究明の困難性、難治度、重症度及び患者数等を踏まえて決定されており～（中略）～

平成14年7月現在、特定疾患としては、厚生労働科学研究の一分野である対策研究事業において118の対象疾患が選定され、約60研究班において病態の解明や治療法の開発に関する研究が行われている。さらに、これらの特定疾患の中で、診断基準が一応確立している疾患の中から原因究明の困難性、難治度、重症度及び患者数等を総合的に勘案し、特定疾患対策懇談会の意見を踏まえて、45疾患が順次選定され、研究とともに患者の医療費の負担軽減を行っている。

なお、がん、脳卒中、虚血性心疾患、進行性筋ジストロフィー、重症心身障害、精神疾患などのように既に組織的な研究が行われているものについては、研究への効率的な投資の観点から本事業の対象から除外されている。

高額療養費の見直しについて (社会保障審議会医療保険部会資料抜粋)

平成23年10月19日
厚生労働省保険局

社会保障・税一体改革成案(抄) (高額療養費関係)
(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定、7月1日閣議報告)

I 社会保障改革の全体像

1 社会保障改革の基本的考え方 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

(略)

以上のような改革の基本的考え方にたち、必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、以下の諸点に留意しつつ、制度全般にわたる改革を行う。

- ① (略)
- ② 必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。
- ③～⑤ (略)

2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

(2) 個別分野における具体的改革

<個別分野における主な改革項目(充実/重点化・効率化)>

II 医療・介護等

- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
- c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
 - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。

高額療養費の見直しに関する基本的な考え方

《医療保険を取り巻く状況》

- 経済状況が悪化する中、医療費・提出金の負担の増加により、医療保険者の財政状況は非常に厳しい。
- 医療の高度化や急速な高齢化、医療提供体制の機能強化等により、医療費は今後もGDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。これを賄うための公費、保険料、自己負担の規模も増大。

市町村国保の平均保険料(税)(年間、介護分含む)
約8.0万円(H17年度)→約9.1万円(21年度、13%増)
協会けんぽの平均保険料率
8.2%(H21年度)→9.5%(23年度、16%増)

《セーフティネット機能》

- 高額療養費制度により、所得に応じた自己負担の上限を設定しており、実効給付率は継続的に上昇。高額療養費は、国民医療費の伸びを大きく上回って増加。
- 他方、高額療養費については、
 - ・ 高額な治療薬の長期服用により、医療費負担の重い患者が増加
 - ・ 一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、非課税世帯ではない中低所得層の負担が重く、また近年この層の人数が増加
 という課題があり、機能強化が必要。



セーフティネット機能の強化の規模に応じて、給付の重点化を併せて実施

《受診時定額負担》

- 今後、保険料・公費・自己負担の規模が増大する中で、セーフティネット機能を強化(高額な医療費にかかる自己負担を軽減)するため、相対的に医療費の負担が小さい場合の負担のあり方を見直すなど、給付を重点化(改正により、患者負担の規模を変えるものではない)。

慢性骨髄性白血病の治療(グリベック錠を服用する場合)
医療費(年間) 約400~600万円
→ 70歳未満の一般所得者の場合、高額療養費により、現行は年間約64万円の自己負担

(参考)外来(入院外)の受診回数(H22年3月平均)
後期高齢者医療 約3.7回(患者当たり)
国民健康保険 約2.7回(患者当たり)
協会けんぽ、健保組合 約2.1回(患者当たり)

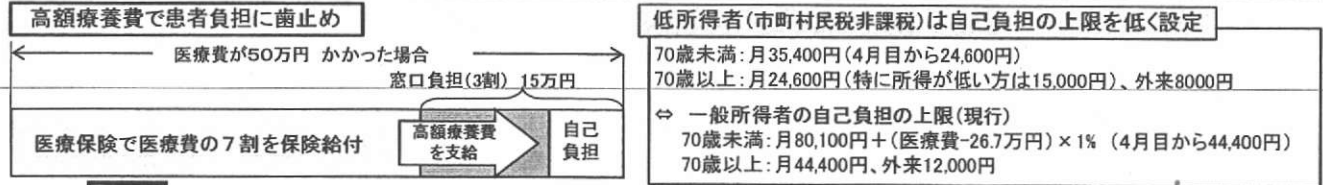
医療保険財政の状況について

(単位:億円)

		平成19年度	20年度	21年度	22年度	備考
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993		・21年度から、東京都の特別区財政調整交付金のうち、決算補填等目的分とそれ以外を分類可能となり、決算補填等目的分を含めた一般会計繰入(決算補填分)は3,144億円。これを加味した収支差は▲3,240億円
	支出	129,087	124,496	125,927		
	収支差	▲1,290	93	66		
	一般会計繰入(決算補填分)を加味した収支差	▲3,620	▲2,383	▲2,628(※)		
協会けんぽ(旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,172	・22年度は決算見込み。
	支出	72,442	73,647	74,628	75,632	
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,540	
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲639	
組合健保	収入	62,003	63,658	61,718	62,854	・22年度は決算見込みベース。
	支出	61,403	66,847	66,952	67,008	
	収支差	600	▲3,189	▲5,234	▲4,154	
後期高齢者医療	収入		98,517	111,691		・20年度の収支差から翌年度に精算される当年度国庫支出金等精算額(1,599億円)を差し引いた収支差は1,408億円。 ・21年度の収支差に前年度国庫支出金精算額等(1,599億円)と当年度国庫支出金精算額等(1,810億円)の差を加えた収支差は505億円。
	支出		95,510	110,974		
	収支差		3,007	717		

高額療養費によるセーフティネット機能と支給実績

- 医療保険制度では、高額な医療にかかっても家計が破たんしないよう、高額療養費によって所得に応じた自己負担の上限を設定し、定率による患者負担に歯止めを置いている。この結果、実効給付率は、約83.0%（平成20年度）となっている。
- 高額療養費の支給実績は、定率負担の引き上げ等に伴い、医療費の伸びを大きく上回って増加（10年間で2倍程度に。平成20年度実績：1兆7千億円）。医療の高度化等によって、今後も医療費の伸びを大きく上回って増加が見込まれる。



現在でも、高額療養費によって、患者負担は、定率負担よりも低い水準に抑えられています。

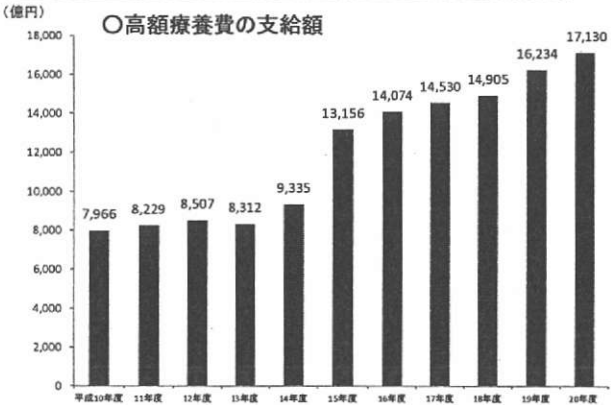
実質的な患者負担率 (平成20年度)

医療保険全体	16.97%
被用者保険	23.07%
市町村国保	19.63%
後期高齢者医療	8.85%

(注) 負担率の計算では予算措置による70歳~74歳の患者負担補填は含んでいない。

【平成20年度】	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険(後期医療除く)	約1744万件	約1兆3131億円	75.302円
協会けんぽ	約257万件	2662億円	103.513円
健保組合	約175万件	1730億円	98.777円
共済	約57万件	535億円	94.533円
国保	約1254万件	8190億円	65.336円
後期高齢者医療制度	-	約3999億円	-
計	-	約1兆7130億円	-

(1) 高額療養費の支給額は、10年間で2倍程度に増加(平成20年度実績: 1兆7千億円)



(2) 高額療養費の伸びは、自己負担割合の引上げや医療の高度化等に伴い、国民医療費の伸びを大きく上回っている。



(注1) 13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。
(注2) 15年度の大規模な支給額の増加は、14年10月から老人保健制度に1割負担(すべての医療機関)を導入したこと、15年4月から健保本人の自己負担割合を2割負担から3割負担に引き上げたこと等による。

高額療養費の自己負担限度額(現行)

〔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600万円以上	150,000円+(医療費-500,000)×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	自己負担限度額(1月当たり)	
		外来(個人ごと)	
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)	44,000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 [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)

平成22年の医療保険部会における高額療養費制度の見直しの検討経過

平成22年の医療保険部会の検討経過

平成22年

- 7月14日 ・患者団体等から厚生労働省に対して提出された各種要望書を議論の場に提供、改善要望について議論
- 9月8日 ・難治性疾患対策の現状について説明
・年収300万円以下の者の自己負担限度額を見直した場合の試算を提示
※2600億円の給付増の財政影響（保険料1700億円増、公費900億円増）
- 10月27日 ・上位所得者（年収約800万円以上）の自己負担限度額を見直した場合の試算を提示
※360億円の給付減の財政影響（保険料300億円減、公費60億円減）
- 12月2日 ・外来診療における高額療養費の現物給付化（24年度～）について了承

平成22年の医療保険部会における主な意見

<一般所得のうち所得が低い者の自己負担限度額の見直しについて>

- ・現在の保険財政の状況では、給付改善のため、保険料を引き上げるという状況にはない。
- ・厳しい財政状況を踏まえ、各保険者ベースで財政中立となる改正とすべき。どうしてもやるのであれば、保険者の負担ではなく、全額国費でやるべき。
- ・国保では上位所得者が少ないので、上位所得者の負担を引き上げても、必要な財源を賄うことはできない。

<疾病ごとに自己負担を軽減（月1万円負担）することについて>

- ・慢性骨髄性白血病、消化管間質腫瘍、リウマチなど要望がある6疾病ぐらひは、高額長期疾病への追加を早急に対応すべき。
- ・個別疾病の医療費負担をどう軽減するかは、疾病対策として議論すべき。医療保険制度では、個別疾病対策は極力抑制的に考えるべき。
- ・個別の要望を全部聞くことができればいいが、そうでないときの線引きが非常に難しい。公平性をどうやって担保するのか。所得に着目した線引きでの方向を検討してはどうか。

6

高額療養費の見直しについて

○ 高額療養費の改善については、例えば、以下のような方法が考えられる。

- ① 非課税世帯ではない中低所得者の自己負担を軽減する方法として、例えば、現在の一般所得者の区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定してはどうか。
- ② 自己負担限度額が月単位のため、年間医療費が同じでも高額療養費が支給されない場合や長期にわたって負担が重い場合があるので、自己負担限度額に年間の上限額を設けてはどうか。

○ 現行制度は、財政力に応じて制度ごとの公費負担が異なり、75歳未満は職域・地域単位で縦割りとなっている。

高額療養費の改善（給付増）は、特に低所得者が多い市町村国保の保険料負担と公費負担に大きな影響があり、個別制度ベースで財政中立とする必要がある。

7

高額療養費の見直しのイメージ (案)

一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模(※)の見直しを想定したもの(一般所得者の区分の細分化と年間上限の設定)であり、低所得者の軽減の規模によって内容は変わる。

(※) 一体改革成案の工程表では、「受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、公費1300億円)ただし、低所得者に配慮」としている。

[現行]

[見直しのイメージ案]

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,400円
+ (医療費-500,000) × 1%

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,000円 年間上限：996,000円(※1)

(※1) 83,000円 × 12月

《一般所得者》

当初3ヶ月：80,100円
+ (医療費-267,000) × 1%

4月目～：44,400円

《年収600万円以上(一般所得者)》

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円(※5)

《年収300万円～600万円(一般所得者)》

当初3ヶ月：62,000円(※4) 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円(※5)

《年収300万円以下(一般所得者)》

当初3ヶ月：44,000円(※2) 4月目～：35,000円(※3) 年間上限：378,000円(※6)

(※2) 現行の4月目以降とほぼ同じ額 (※3) 低所得者の当初3カ月とほぼ同じ額
(※4) 年収600万円以上と300万円以下の中間の額 (※5) 44,000円 × 12月 × 95% (※6) 35,000円 × 12月 × 90%

《低所得者(住民税非課税)》

当初3ヶ月：35,400円 4月目～：24,600円

《低所得者(住民税非課税)》

当初3ヶ月：35,000円 4月目～：24,000円 年間上限：259,000円(※7)

(※7) 24,000円 × 12月 × 90%

8

[現行]

[見直しのイメージ案]

《現役並み所得者》

当初3ヶ月：80,100円 4月目～：44,400円
+ (医療費-267,000) × 1%

【外来：44,400円】

《現役並み所得者(年収600万円以上)》 ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

《現役並み所得者(年収600万円以下)》 ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：62,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

《一般所得者》

44,400円(※8) 【外来12,000円】(※9)

(※8) 2割負担では62,100円
(※9) 2割負担では24,600円

《一般所得者》 ※70歳未満の年収300万円以下と平仄とった

当初3ヶ月：44,000円 4月目～：35,000円 年間上限：378,000円

【外来：12,000円】(※10)

(※10) 2割負担では24,000円

《低所得者Ⅱ(住民税非課税)》

24,600円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅱ(住民税非課税)》

24,000円 【外来：7,500円】 年間上限：259,000円(※11)

(※11) 24,000円 × 12月 × 90%

《低所得者Ⅰ(住民税非課税)》

15,000円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅰ(住民税非課税)》

15,000円 【外来：7,500円】 年間上限：162,000円(※12)

(※12) 15,000円 × 12月 × 90%

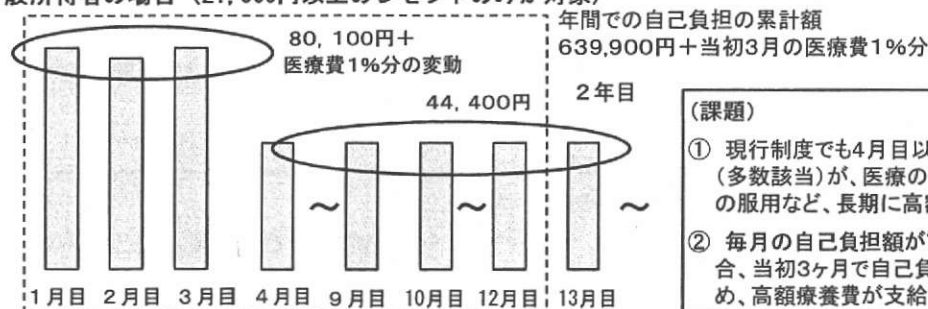
9

年間上限額の設定の考え方（案）

- 高額療養費が月単位で算定されるために支給されない場合がある問題を解消するとともに、長期に高額な医療にかかる患者の負担を軽減するために、多数該当の場合の自己負担限度額を基準として、年間で自己負担の上限額を設ける。
- その場合、年間で実際に負担した額の合計額が上限額を超えた場合に事後に償還する仕組みとする。

【現行の自己負担限度額】

一般所得者の場合（21,000円以上のレセプトのみが対象）



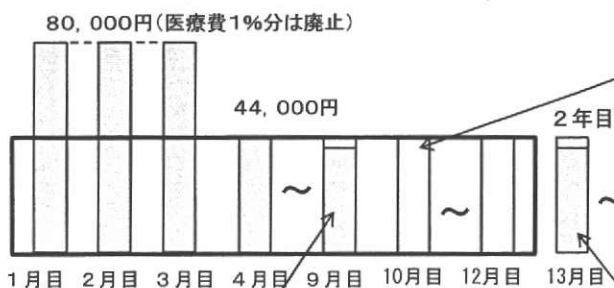
（課題）

- ① 現行制度でも4月目以降に自己負担の上限を軽減している（多数該当）が、医療の高度化等により、高額な薬剤の長期の服用など、長期に高額な負担がかかる患者が生じている。
- ② 毎月の自己負担額が7万円程度（年間で84万円程度）の場合、当初3ヶ月で自己負担限度額（80100円）に満たないため、高額療養費が支給されない。

【年間上限額を設定】

一般所得者（年収600万円以上）の場合（21,000円以上のレセプトのみが対象）

年間上限を 44,000円×12カ月×95%=50.1万円 で設定



- ① 1年目に年間で9カ月以上、高額療養費に該当するケースでは、事後に年間上限を超える額が償還される（実質的な負担を軽減）。（1年目に年間で9カ月該当する場合は、自己負担の合計は8万円×3カ月+4.4万円×6カ月=50.4万円であり、年間上限50.1万円に該当）

- ② 毎月の自己負担額が7万円程度（年間で84万円程度）の場合でも、高額療養費が支給される（実質的に4月目以降の軽減した自己負担と同程度の負担となる）。

- ③ 2年目以降も、12カ月間継続して該当する場合には、1月当たりの実質的な負担が44000円よりも軽減される。

10

高額療養費の見直しによる財政影響（2015年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しを想定。
- 国保は低所得者が多く財政影響が大きいため、財政中立とするためには、受診時定額負担に加えて、公費の拡充も必要。税制抜本改革と併せて国保の財政基盤の強化の中で、低所得者の高額療養費の財政支援を検討。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。

《高額療養費の見直し》

	給付費	保険料+公費	保険料+公費	
			保険料	公費
総計	約3600億円	約3600億円	約2500億円	約1200億円
協会けんぽ	約800億円	約1100億円	約900億円	約200億円
健保組合	約400億円	約700億円	約700億円	—
共済組合	約100億円	約200億円	約200億円	—
市町村国保	約1500億円	約1200億円	約500億円	約700億円
後期医療	約700億円	約300億円	約50億円	約300億円

（注1）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

（注2）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

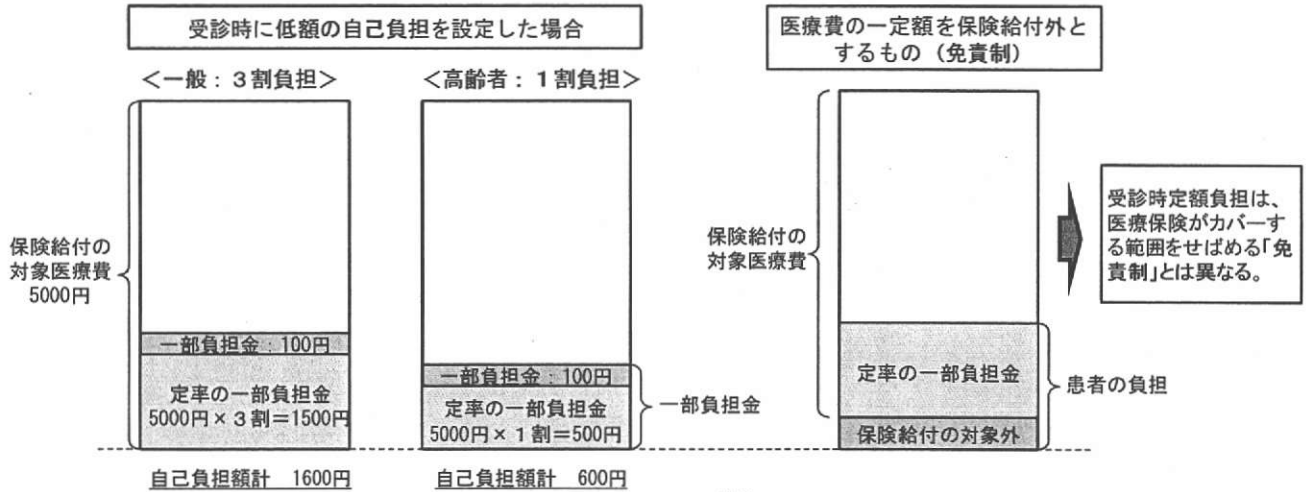
（注3）70歳未満は、世帯合算の要件（自己負担が2万1千円以上のレセプトを合算対象）を変えない場合の試算。

（注4）低所得者の多い国保に対する財政支援は上記試算に含まれておらず、別途検討する。

受診時定額負担の仕組みについて（案）

- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を考えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「将来にわたって7割の給付を維持する」としている。
（参考）健康保険法等の一部を改正する法律（平成14年法律第102号）
 附則
 第2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合（医療費5000円の例）



12

受診時定額負担の財政影響（粗い試算）

- 一体改革成案に盛り込まれた「例えば、初診・再診時100円の場合」の財政影響を試算。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。
- 「低所得者への配慮」による財政影響は含んでいないので、軽減措置を講じることで財政影響の効果は小さくなる。特に、低所得者が多い市町村国保では、保険料負担と公費負担の財政改善の効果は小さくなる。

＜初診・再診で100円を設定した場合＞（低所得者の軽減措置分は財政影響に入っていない）

	給付費	保険料+公費	保険料	公費
総計	▲約4100億円	▲約4100億円	▲約2900億円	▲約1300億円
協会けんぽ	▲約800億円	▲約1200億円	▲約1000億円	▲約200億円
健保組合	▲約700億円	▲約1000億円	▲約1000億円	—
共済組合	▲約200億円	▲約300億円	▲約300億円	—
市町村国保	▲約1300億円	▲約900億円	▲約400億円	▲約500億円
後期医療	▲約1000億円	▲約600億円	▲約80億円	▲約500億円

（注1）平成23年度予算ベース。受診回数については、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

（注2）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入している。

（注3）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

受診時定額負担の低所得者への配慮について

- 仮に100円程度の負担とした場合、低所得者の軽減措置をどのように考えるか。
- 現行の高額療養費制度では、低所得者の範囲として、全世代で共通の基準として「市町村民税非課税」としている。

今回の制度でも、①国民への分かりやすさ、②高額療養費や食費負担など自己負担の水準の仕組みにおいて、現在の基準以外に別の区分を作る必要がなく、制度体系への影響が小さい、③実務上も現在の食事療養標準負担額の減額認定証を活用できる等を考慮すると、「市町村民税非課税」を低所得者の範囲とすることが考えられるが、どうか。

(参考) 「市町村民税非課税」の対象者数 (H21年度平均値) : 約1,700万人 (加入者全体の約15%)
国保(約1170万人)、後期高齢(約500万人)、協会けんぽ(約12万人)、健保組合(約2万人)の計

《低所得者への軽減措置の財政影響の機械的な試算》

仮に、受診時定額負担を一律に100円と設定した場合、低所得者が負担する相当分の受診時定額負担は、給付費ベースで 約800億円 (うち保険料400億円、公費400億円) と見込まれる。

したがって、軽減措置による財政影響は、その措置の内容に応じて、この額の範囲となる。