

### 現行制度の要件

- ・ **所得制限あり**（年収約370万円以下が対象）
- ・ 肝がん・重度肝硬変の**入院医療のみ**が対象（通院は対象外）
- ・ 公費による助成の対象となるのは、**入院4月目以降**であって高額療養費制度を適用した後の自己負担額<sup>(※1)</sup>
- ・ **患者の自己負担が月額1万円となるよう**高額療養費の限度額と1万円との差額を公費で**助成**。

※1：入院で過去1年間で高額療養費の限度額を超えた月が既に3月以上ある場合に、入院4月目以降に高額療養費の限度額を超えた月に係る医療費に対し、公費負担を行う。

### 見直し（案）

#### 1. 通院治療の対象化について（新規）

- 「分子標的薬を用いた化学療法」又は「肝動注化学療法」による通院治療<sup>(※2)</sup>を本事業の対象に追加します。<sup>(※3)</sup>
  - ※2：「肝動注化学療法」を通院治療で行うケースは少ないことから簡略化のため、この説明資料では以下「分子標的薬を用いた化学療法」とのみ記載しますが、「肝動注化学療法」も同様の扱いですので、御留意下さい。
  - ※3：通院により「分子標的薬を用いた化学療法」を導入するに当たり、通常、まず入院によりこの療法を行い、副作用の有無の確認等がなされた後、通院による治療が開始されますが、この導入の際の入院治療は、その後の通院治療に必要なものですので、本事業においては、通院治療と一体のものとして取扱います。
- 助成や月数要件のカウントの際に対象となる通院治療の医療費は「外来診療に係る費用」と「薬剤に係る費用」です。

#### 2. 対象月数の短縮について（要件変更）

- 1か月間の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる医療費が高額療養費の限度額を超えた対象月数が助成月を含み過去12か月以内に3回以上<sup>(※4)</sup>ある場合に助成します。
  - ※4：要件変更前は4回以上。
- 3回以上をカウントする際の入院と通院の組み合わせは問いません。
  - ①入院、②入院、③入院 ・ ①入院、②入院、③通院 ・ ①入院、②通院、③入院
  - ①通院、②通院、③通院 ・ ①通院、②通院、③入院 ・ ①通院、②入院、③通院 など

⇒上記の見直しを行った上で、**本事業の対象医療について、高額療養費の限度額を超えた入院又は通院に係る3月目以降の患者の自己負担額が1万円となるよう、公費助成**します。

## 要件を満たす対象月数のカウント方法について

## ○基本的な考え方

1か月間の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる医療費が高額療養費の限度額（高療）を超えた場合、要件を満たした月数としてカウントします。

## ○具体的なカウント方法

## ① 1か月間に患者が受けた治療が入院のみの場合

入院医療に係る費用が高療を超えた場合カウントします。

## ② 1か月間に患者が受けた治療が「分子標的薬を用いた化学療法」による通院のみの場合

保険医療機関の外来診療に係る費用と保険薬局の調剤に係る費用の合計額が高療を超えた場合カウントします。

## ③ 1か月間に患者が受けた治療が「分子標的薬を用いた化学療法」の導入のための入院と「分子標的薬を用いた化学療法」による通院の場合

当該入院と通院に係る費用の合計額が高療を超えた場合カウントします。

## 助成の方法について

## ○入院医療に係るもの

これまでどおり、原則、窓口での現物給付です。

## ○通院医療に係るもの

後日、患者が都道府県に対し償還払いの請求を行いますので、これまでどおり、窓口では一部負担金（3割等の金額）を徴収してください。

〔参考〕同じ月に入院（「分子標的薬を用いた化学療法」の導入のための入院）と通院が生じた場合で当該一部負担金の合計額が高額療養費の限度額を超えている場合の患者への助成額（償還額）の計算方法

①入院が高額療養費の限度額を超えている場合⇒入院に係る現物給付の窓口処理後の自己負担額1万円と通院に係る一部負担金の額を用いて計算します。

②入院が高額療養費の限度額を超えていない場合⇒入院に係る一部負担金の額と通院に係る一部負担金の額を用いて計算します。

## 医療記録票について

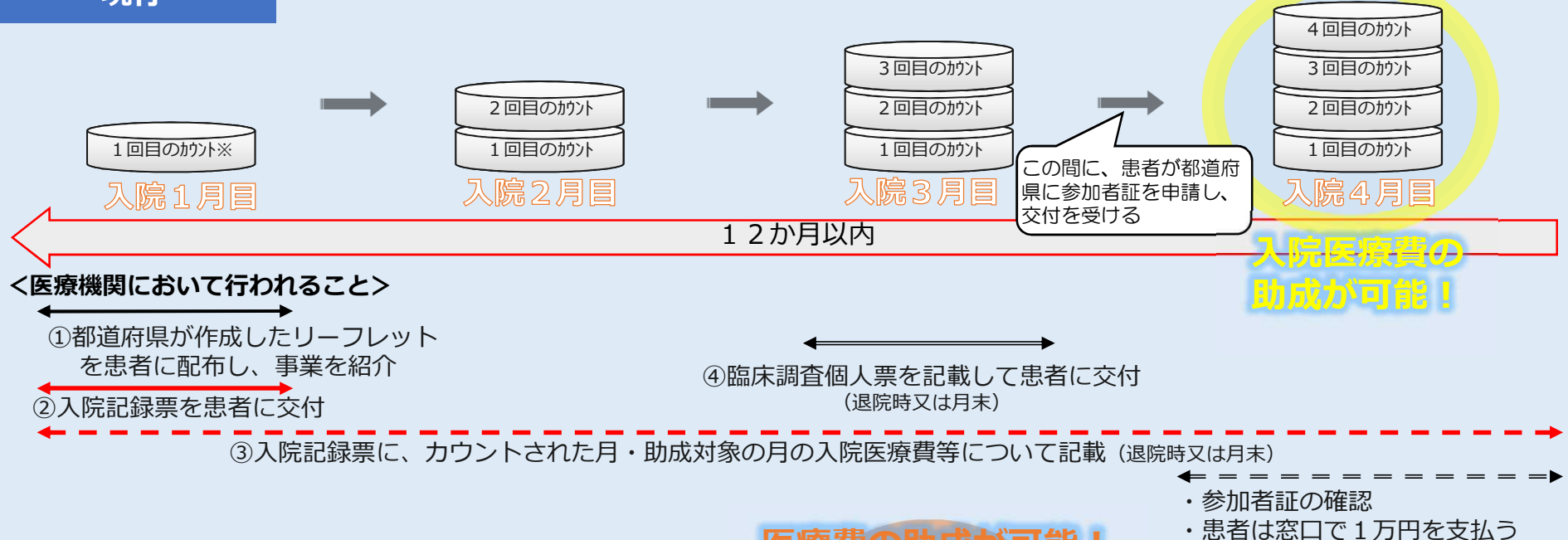
○助成の可否は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る1か月間の全ての医療機関等の医療費の合計額が高額療養費の限度額を超えるかどうかで判断しますので、対象となる医療費については、患者負担が21,000円未満※であっても全て記載してください。

※70歳未満の場合、保険法令上、自己負担額が高額療養費の限度額を超えるかどうかを判断する際の金額には、1つの医療機関に係る1か月の自己負担額の合計額が21,000円以上でないとの医療機関の自己負担額と原則、合算することが出来ません。例えば、通院について、受診に係る自己負担額が1回目15,000円、2回目10,000円のと、2回分の合計額が25,000円となるため他の医療機関の自己負担額と合算可能となりますが、2回分の自己負担額の記載が無いと合計額が25,000円であることが判断できなくなるため、対象となる医療費は全て記載してください。

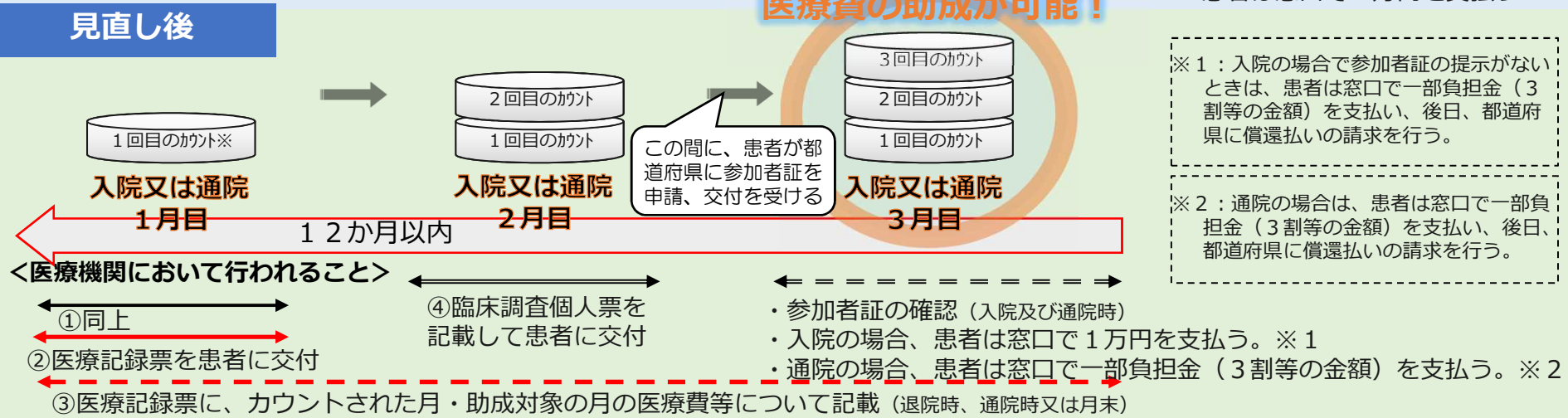
# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の見直しに伴う変更点

医療機関向け

## 現行



## 見直し後

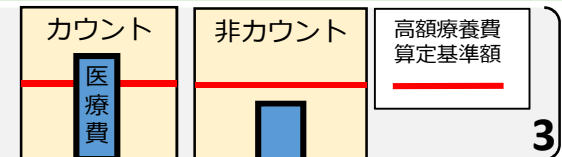


※ 月数のカウント方法

肝がんや重度肝硬変の医療費の自己負担額 (1割~3割) が高額療養費算定基準額を超えた月数。

㊦ カウントできる期間は、その月を含む過去12月以内。その月を含む過去12月以内であれば、

**連続してなくても可。**



### 医療機関に対応いただくこと

#### 現行

##### 【患者への周知】

- 都道府県が作成したリーフレットを患者に配布し事業を紹介。

##### 【医療費等の記録】

- 入院記録票を患者に交付。
- 入院記録票に、カウントされた月、入院医療費等について記載（退院時又は月末）

##### 【その他】

- カウント3回目に臨床調査個人票を記載して患者に交付（退院時又は月末）
- カウント4回目以降、参加者証の確認（入院時）
- 月末又は退院時に助成要件を満たしている場合は、患者の自己負担額が1万円となるよう現物給付の処理を行う（患者は窓口で1万円を支払う）

#### 見直し後

##### 【患者への周知】

- 都道府県が作成したリーフレットを患者に配布し事業を紹介。
- 通院の場合、月の累計額が基準額を超えた回数が3回目以降のときは、患者に都道府県へ償還請求すれば、助成が受けられる旨を案内。

##### 【医療費等の記録】

- 医療記録票を患者に交付。
- 医療記録票に、カウントされた月、医療費等について記載（退院時、通院時又は月末）
  - ※1か月間の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療費の合計額で助成の可否を判断しますので、対象となる医療費については、21,000円未満であっても全て記載してください。
  - ※「分子標的薬を用いた化学療法」による治療の場合、所定欄に○印を記載。

##### 【通院時に交付する処方箋の扱い】

- 肝がんの治療を行う上で無関係と医師が判断する医薬品を1枚の処方箋で同時に処方するような場合には、処方箋に記載されている本事業の対象外の医薬品にマーカーを付ける等により対象外の医薬品が分かるようにした上で「マーカー部分が対象外」と記載する等、どのように区分したかが分かるようなコメントを処方箋の裏面等に記載。

##### 【その他】

- カウント2回目に臨床調査個人票を記載して患者に交付（退院時、通院時又は月末）
- カウント3回目以降、参加者証の確認（入院時、通院時）
- 入院の場合、月末又は退院時に助成要件を満たしているときは、患者の自己負担額が1万円となるよう現物給付の処理を行う（患者は窓口で1万円を支払う）
- 通院の場合、助成要件を満たしているときも、窓口で一部負担金（3割等の金額）を徴収し、患者に都道府県への償還請求すれば、助成が受けられる旨を案内。





## ○基礎情報の記載例

# 医療記録票の記載例①（基礎情報の記載例）

別紙様式例6-1（改：案）表面

## 医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

（検討中）

【 枚目】

患者の方へのお願い 肝がん又は重度肝硬変に係る治療を受けた場合には、この医療記録票を保険医療機関又は保険薬局の窓口忘れずに提示してください。また、都道府県に償還払いの請求を行う場合は、この医療記録票の写しを請求書に添付してください。

氏名	〇〇 〇〇	性別	〇	生年月日	〇 〇 年 〇 月 〇 日
住所	東京都千代田区〇〇-〇〇-〇				
保険種別 (変更時)	B健康保険組合	保険者番号 (変更時)	IJKL-MNOP		被保険者証の記号・ 番号 (変更時)
					765-43210

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

健康保険証等に記載されている患者の情報を記載。

患者の適用区分に応じた上限額（高額療養費算定基準額）を記載。

年齢区分	所得区分（限度額適用認定証等における適用区分）	自己負担割合	ひと月の上限額（世帯ごと） 【多数回該当】	
			外来（個人ごと）	
70歳未満	Ⅰ ～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	30%	-	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ 住民税非課税者	30%	-	35,400円 【多24,600円】
70歳以上 75歳未満	Ⅲ（一般所得） 年収約156万～約370万円 標報26万円以下 課税所得145万円未満等	20%	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ（低所得Ⅱ） 住民税非課税世帯	20%	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ） 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	20%	8,000円	15,000円
75歳以上	Ⅲ（一般所得） 年収約156万～約370万円 標報26万円以下 課税所得145万円未満等	10%	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ（低所得Ⅱ） 住民税非課税世帯	10%	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ） 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	10%	8,000円	15,000円