

## 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(※1)
- ・ **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(※2)を本事業の対象に追加します。(※3)  
※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(※4)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（注）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）を徴収します。

## （注）通院医療に係る償還払いについて

- ・通常、通院治療では、病院・診療所を受診した上で、保険薬局で分子標的薬が交付されることから、少なくとも医療機関等が2つ（「病院・診療所」と「保険薬局」）となります。
- ・分子標的薬に係る通院治療では、副作用などの経過を見ながら治療するため、1か月分の薬剤を処方されることは想定されない（肝臓専門医に確認済）ため、受診1回当たり2週間分の薬剤が処方される場合、月に2回の受診となります。
- ・受診1回当たりの患者窓口負担額については、診療費と薬剤費の合計は一般に38,600円程度※と考えられ、医療保険の高額療養費制度における所得区分が「一般」の70歳未満の患者は2回目の受診の保険薬局で自己負担額を支払うときに初めて高額療養費の限度額（高療）を超えると想定されます。  
※外来診療費5,000円程度＋分子標的薬の薬剤費33,600円（例えば1日2錠服用の場合、薬価4000円×1日2錠×2週間×患者負担割合3割。）
- ・こうしたことから、現物給付の仕組みを導入した場合でも、外来診療費は必ず事後的に償還払いが生じることになるため、通院治療については、医療保険において通常の医療として扱っていただいた後に、患者から都道府県への償還払いの請求を行う方法で対応することとします。

### 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、医療保険法令上、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円以上でないとい他の医療機関の自己負担額と合算することができません。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円の時、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。

### 指定医療機関について

- 通院治療の対象化に伴い、肝がん外来医療を適切に行うことができる保険医療機関を新たに指定医療機関に指定することとします。

呼称	指定医療機関	
範囲	入院と通院	通院のみ
定義	肝がん・重度肝硬変入院医療及び肝がん外来医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができる保険医療機関（入院等指定医療機関）。	肝がん外来医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができる保険医療機関（入院等指定医療機関を除く。）。

- 令和3年3月31日時点で既に指定医療機関として指定を受けている保険医療機関については、肝がん外来医療を適切に行うことができるものとみなしますので、新たに外来に係る指定の手続を行う必要はありません。

### 保険薬局について

- 保険薬局については、医師が発行する処方箋に基づく適切な調剤は、保険薬局の指定を受けていることをもって担保できることから、個々の薬局からの指定申請に基づき、指定することとはせずに、全ての保険薬局を対象とします。

# 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

都道府県向け

## 現行

1回目のかつ外※

入院1月目

2回目のかつ外  
1回目のかつ外

入院2月目

3回目のかつ外  
2回目のかつ外  
1回目のかつ外

入院3月目

この間に、患者が都道府県に参加者証を申請し、交付を受ける

4回目のかつ外  
3回目のかつ外  
2回目のかつ外  
1回目のかつ外

入院4月目

**入院医療費の助成が可能！**

1 2か月以内

### <医療機関において行われること>

①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

②入院記録票を患者に交付

③入院記録票に、カウントされた月・助成対象の月の入院医療費等について記載（退院時又は月末）

④臨床調査個人票を記載して患者に交付（退院時又は月末）

## 見直し後

1回目のかつ外※

入院又は通院  
1月目

2回目のかつ外  
1回目のかつ外

入院又は通院  
2月目

この間に、患者が都道府県に参加者証を申請、交付を受ける

3回目のかつ外  
2回目のかつ外  
1回目のかつ外

入院又は通院  
3月目

**医療費の助成が可能！**

1 2か月以内

- ・参加者証の確認
- ・患者は窓口で1万円を支払う

※1：入院の場合で参加者証の提示がないときは、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、都道府県に償還払いの請求を行う。

※2：通院の場合は、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、都道府県に償還払いの請求を行う。

### <医療機関において行われること>

①同上

②医療記録票を患者に交付

③医療記録票に、カウントされた月・助成対象の月の医療費等について記載（退院時、通院時又は月末）

④臨床調査個人票を記載して患者に交付

・参加者証の確認（入院及び通院時）

・入院の場合、患者は窓口で1万円を支払う。※1

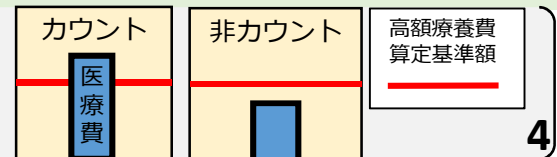
・通院の場合、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払う。※2

※ 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、

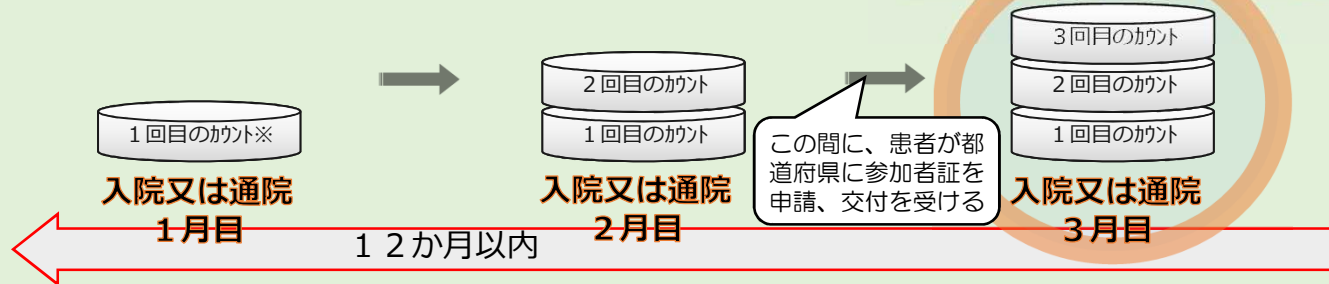
**連続していなくても可。**





### 見直し後

### 医療費の助成が可能！



※1：入院の場合で参加者証の提示がないときは、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、都道府県に償還払いの請求を行う。

※2：通院の場合は、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、都道府県に償還払いの請求を行う。

#### <医療機関において行われること>

- ① 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
  - ② 医療記録票を患者に交付
  - ③ 医療記録票に、カウントされた月・助成対象の月の医療費等について記載（退院時、通院時又は月末）
  - ④ 臨床調査個人票を記載して患者に交付
- ・参加者証の確認（入院及び通院時）  
・入院の場合、患者は窓口で1万円を支払う。※1  
・通院の場合、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払う。※2

#### <保険薬局に対応いただくこと>

- 医療記録票の記載（調剤時）
  - ・ 「分子標的薬を用いた化学療法」に係る薬剤費、窓口支払額等

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（注）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。

（注）分子標的薬に係る外来医療の際に処方される医薬品は、医療記録票の特記事項欄（本事業の対象外と医師が判断する医薬品は処方箋等に明記されます。）に○印がない限り、本事業の対象となります。

- 窓口で一部負担金（3割等の金額）を徴収（これまでどおり）

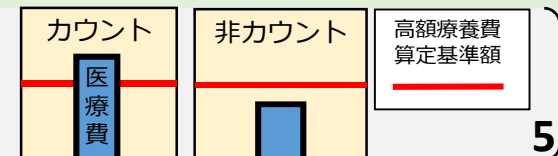
通院の場合は、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、都道府県に償還払いの請求を行います。

- 都道府県が作成した償還請求手続きに係るリーフレット等を患者に配布
- 医療記録票を患者に交付（患者が所持していない場合）

- 参加者証の確認（入院及び通院時）
- 月数の助成要件（3回）等を満たし、助成の対象となった場合は、都道府県に償還払いの請求をすれば助成が受けられる旨を患者へ案内。

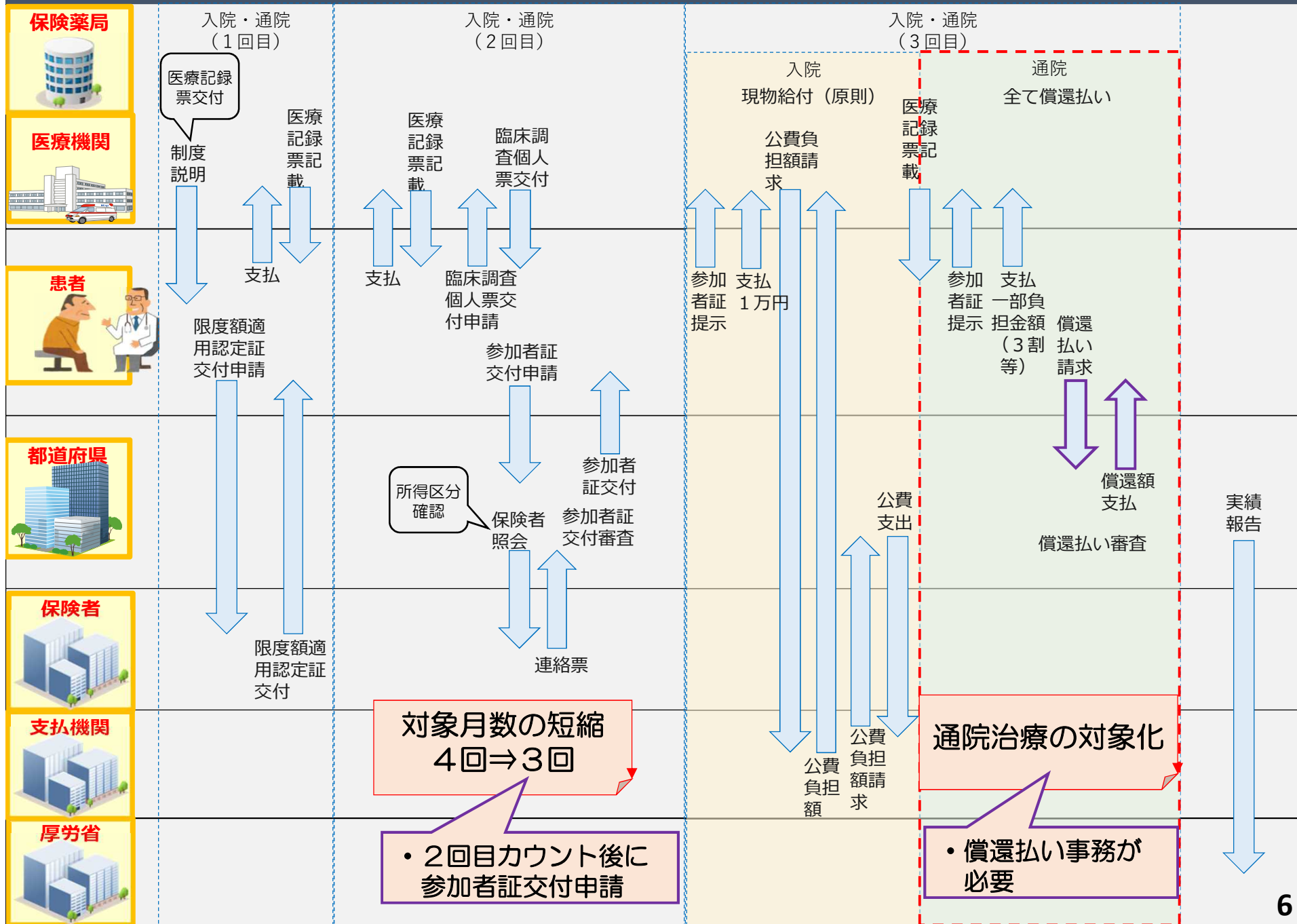
#### ※ 月数のカウント方法

- 肝がんや重度肝硬変の医療費の自己負担額（1割～3割）が高額療養費の限度額を超えた月数。  
 ☞ 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。**



# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の事務フロー

都道府県向け



## 医療機関への説明のポイント

## ○見直しの概要について

- ①「分子標的薬を用いた化学療法」と「肝動注化学療法」による通院治療を本事業の対象に追加します。
- ②対象月数の短縮について  
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回以上ある場合に助成します。  
(現行制度では4回以上)  
なお、3回以上の回数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。
- ③見直しの時期は、令和3年4月からです。

## ○公費助成の方法

- ①入院医療に係るものは、これまでどおり、原則、窓口での現物給付です。
- ②通院医療に係るものは、患者から都道府県に対する償還請求で行いますので、窓口ではこれまでどおり、一部負担金(3割等)を徴収いただくことになります。

## ○医療記録票(現:入院医療記録票)

- ①通院治療を対象に追加したこと等に伴い、様式が変更になりました。
- ②助成の可否を1か月間の本事業に係る医療費の合計額で判断しますので、対象となる医療費については、全て記載いただくことになります。

## ○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してください。

## ○患者への周知について

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してください。

※詳細は「医療機関向け」説明資料を御確認ください。

## 保険薬局への協力依頼のポイント

## ○医療記録票への記載

助成の可否を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するように依頼してください。

※例えば、通院について、1回分の受診に係る医療費では高額療養費の限度額を超えないが、2回分の合計額で限度額を超えた場合は対象となりますが、1回目の受診に係る医療費の記載が無いと合計額で判断できないため、対象となる医療費は全て記載するように依頼してください。

## ○患者への償還請求の案内

P. 2に記載のとおり、医療保険の高額療養費制度における所得区分が「一般」の70歳未満の患者は2回目の保険薬局で自己負担額を支払うときに初めて高療を超えると想定されるため、通院治療に係る助成については、全て、患者から都道府県への償還払いの請求を行う方法で対応することとしていますので、助成の対象となった場合は、保険薬局から患者へ償還請求の案内を行っていただくよう協力を依頼してください。

## ○事業紹介リーフレット等の患者への配布

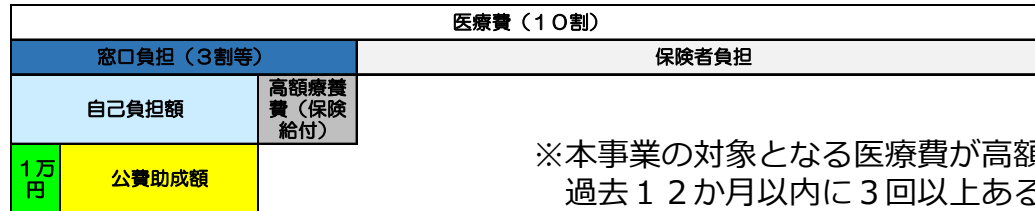
患者への事業の制度説明や医療記録票の交付については、医療機関において行われていますが、保険薬局での薬剤交付時に制度についての問合せがあった場合や医療記録票の記載欄が無くなった場合は、それぞれ事業紹介リーフレットや医療記録票を患者に配布いただくよう協力を依頼してください。

※詳細は「保険薬局向け」説明資料を御確認ください。



## 1. 基本的な考え方

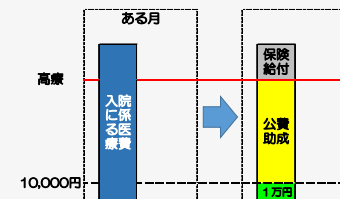
- 1か月間の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる医療費が高額療養費の限度額（高療）を超えた場合に、自己負担額が1万円となるよう差額を公費で助成します。



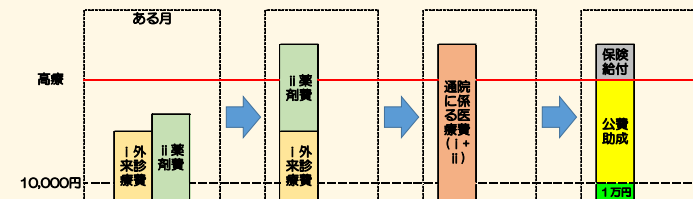
※本事業の対象となる医療費が高額療養費の限度額を超えた対象月数が助成月を含み過去12か月以内に3回以上ある場合に助成。

## 2. 高療を超える（助成の対象となる）組合せ

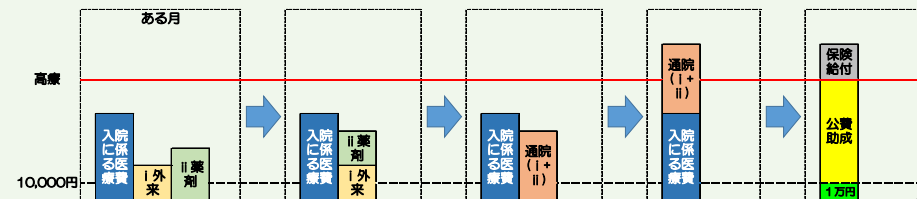
- (1) 入院のみ〔要綱5(2)〕  
保険医療機関の入院に係る医療費が高療を超える場合



- (2) 分子標的薬に関する通院のみ〔通知5(2)①〕  
分子標的薬に関する外来診療に係る医療費及び保険薬局の調剤に係る医療費の合計額が高療を超える場合



- (3) 分子標的薬に関する入院及び通院〔通知5(1)から(3)〕  
分子標的薬に関する入院に係る医療費、外来診療に係る医療費及び保険薬局の調剤に係る医療費の合計額が高療を超える場合

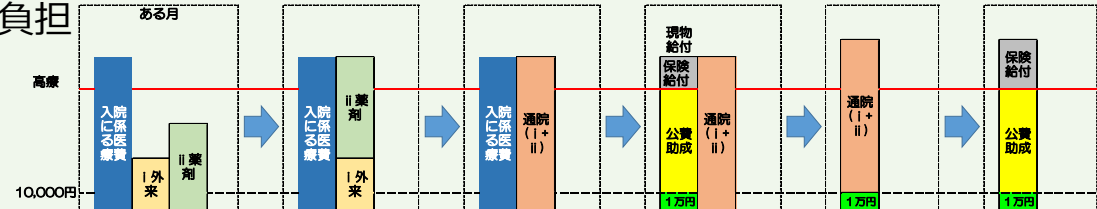


要綱：肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱  
通知：肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱い

## 3. 「(3) 分子標的薬に関する入院及び通院」の組合せ

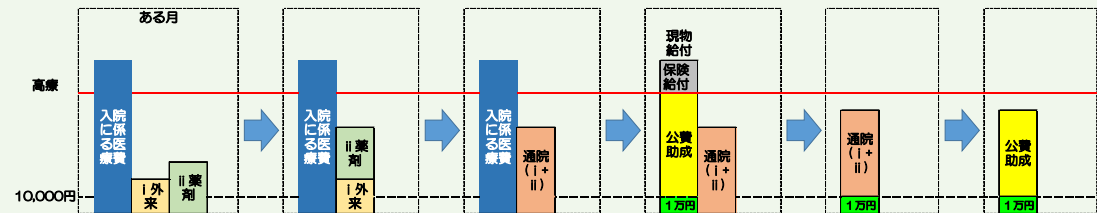
①入院及び通院がいずれも高療を超える場合〔通知5(1)①〕

入院に係る高療と1万円との差額を公費で負担



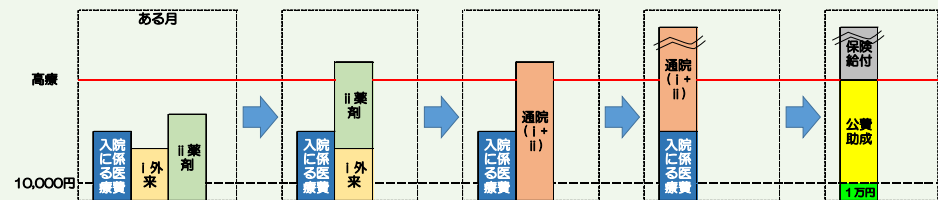
②入院が高療を超え、通院が高療を超えない場合〔通知5(1)②〕

通院に係る医療費(一部負担金)を公費で負担



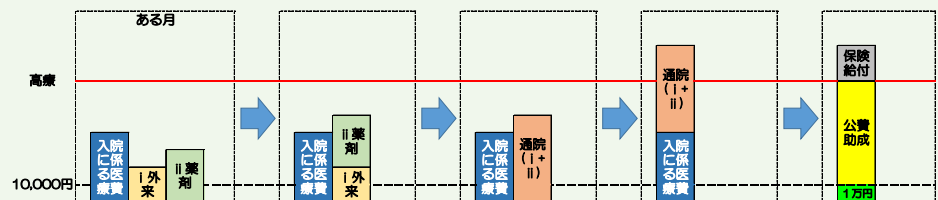
③入院が高療を超えず、通院が高療を超える場合〔通知5(2)②〕

入院に係る高療と1万円との差額を公費で負担



④入院が高療を超えず、通院が高療を超えず、入院及び通院の合算額が高療を超える場合〔通知5(3)〕

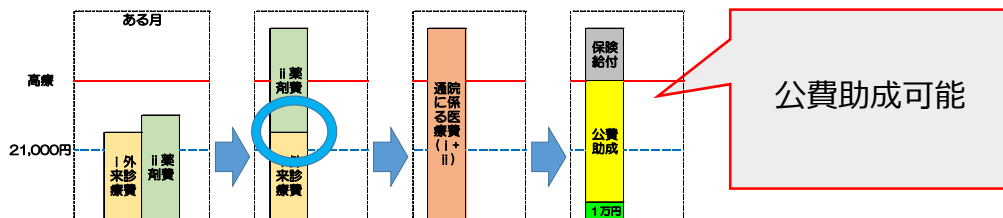
入院に係る高療と1万円との差額を公費で負担



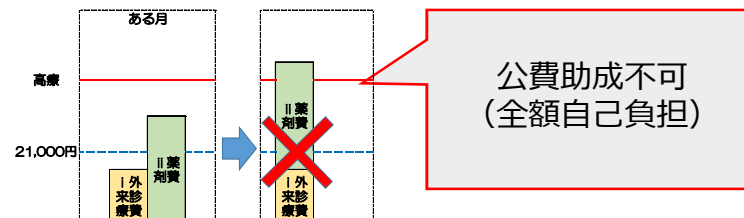
## 4. 対象患者が70歳未満の場合の留意事項

- 70歳未満の場合、高額療養費の計算において、医療保険法令上、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円以上でないとい他の医療機関の自己負担額と合算することが出来ません。
- このため、本事業に係る医療費の1か月の自己負担額の合計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計算時には注意が必要です。

・両方とも21,000円以上のため合算可能



・一方が21,000円未満のため合算不可



## 5. 対象患者が70歳以上の場合の留意事項

- 70歳以上の場合、高額療養費の計算において、医療保険法令上、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円未満であっても他の医療機関の自己負担額と合算することが出来ます。
- 他方で、70歳以上の場合、入院と通院を含めた場合に使う高額療養費の限度額（例：57,600円）と通院のみに使う高額療養費の限度額（例：18,000円）があります。このため、本事業に係る医療費の1か月の自己負担額の合計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計算時には注意が必要です。
- また、70歳以上で所得区分が「一般」の患者の場合、毎年8月から翌年7月までの間で通院に係る医療費（3割等の金額）の合計が144,000円を超えた場合は、医療保険法令の「外来の自己負担額の年間上限制度」により保険給付を受けることとなり、144,000円を超えた部分の患者負担額は0円となります。このため、本事業の対象となっている通院に係る医療費に係る自己負担額（医療保険法令上、一旦自己負担する金額）のうち毎年8月から翌年7月までの間で144,000円を超える部分は、本事業の助成対象とはなりません。

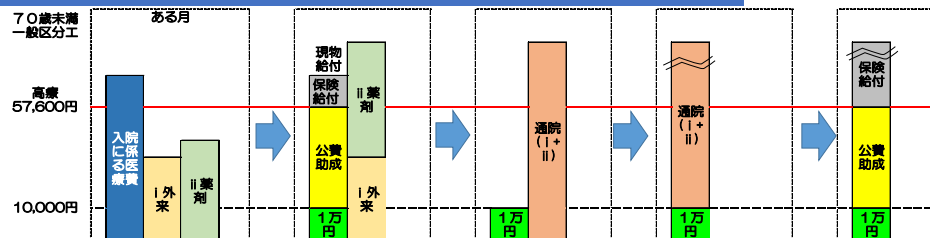
※カウントについては、本事業の助成対象とならなかった月はカウントの対象となりません。

## (参考) 年齢区分、所得区分及び高額療養費算定基準額の関係

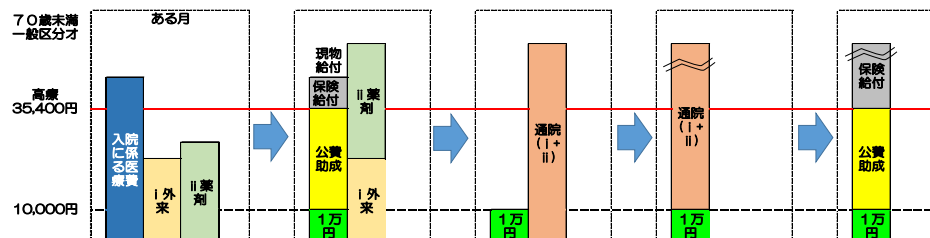
年齢区分	所得区分 (限度額適用認定証等における適用区分)		自己負担割合	ひと月の上限額 (世帯ごと) 【多数回該当】	
				外来 (個人ごと)	
70歳未満	工	～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	30%	-	57,600円 【多44,400円】
	才	住民税非課税者	30%	-	35,400円 【多24,600円】
70歳以上 75歳未満	一般	年収約156万～約370万円 標報26万円以下 課税所得145万円未満等	20%	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ (低所得Ⅱ)	住民税非課税世帯	20%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

## 6. 詳細「①分子標的薬に関する入院及び通院がいずれも高療を超える」

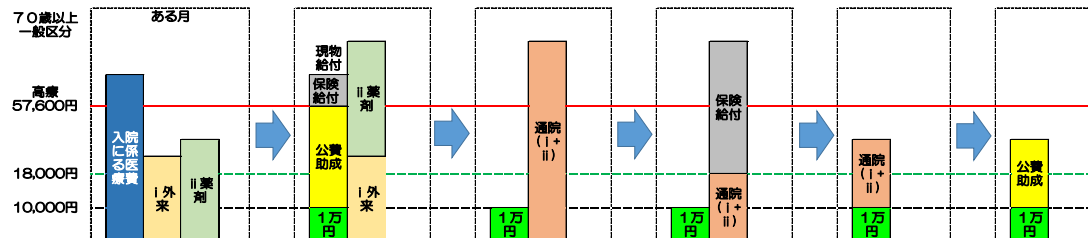
① 70歳未満の所得区分が「エ」の場合  
高療と1万円との差額を公費で負担



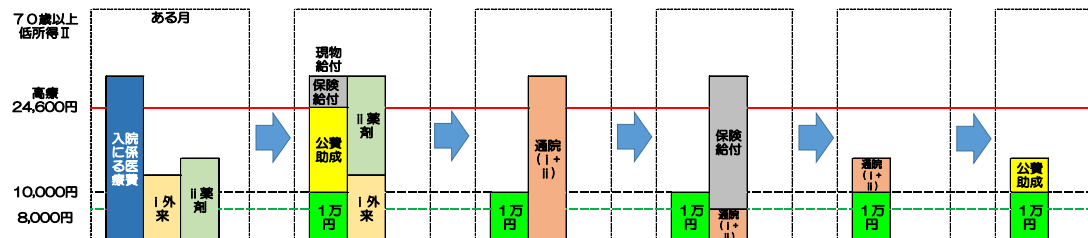
② 70歳未満の所得区分が「オ」の場合  
高療と1万円との差額を公費で負担



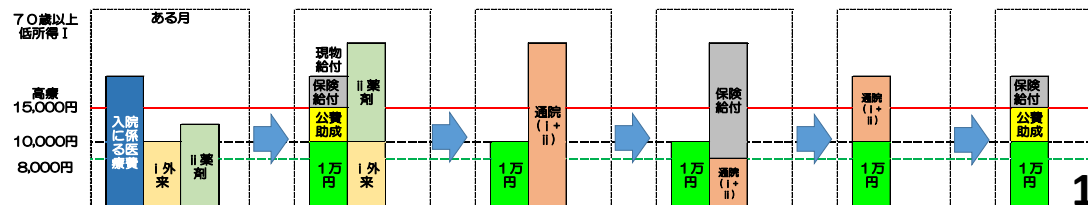
③ 70歳以上の所得区分が「一般」の場合  
通院に係る高療と同額を公費で負担



④ 70歳以上の所得区分が「II」の場合  
通院に係る高療と同額を公費で負担



⑤ 70歳以上の所得区分が「I」の場合  
入院・通院の高療と1万円との差額を  
公費で負担

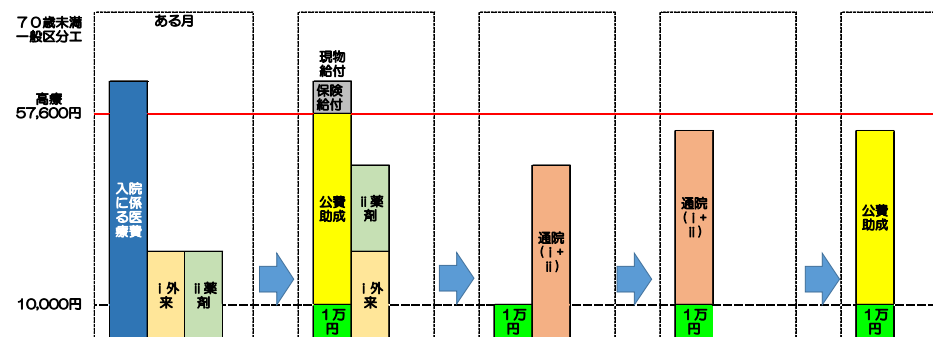




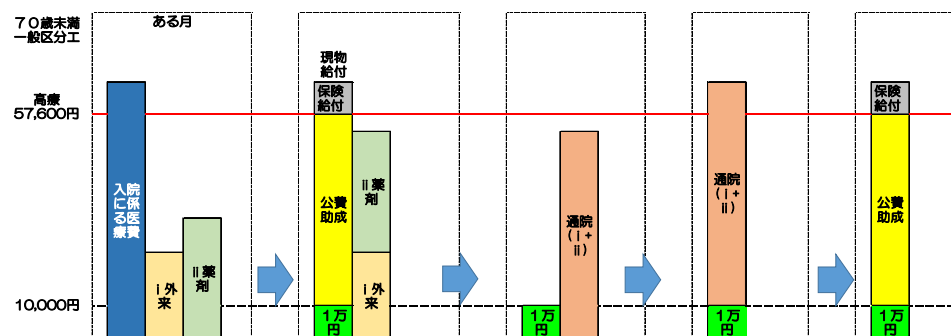
## 7. 詳細「②分子標的薬に関する入院が高療を超え、通院が高療を超えない」（1/4）

### ① 70歳未満の所得区分が「エ」の場合

- ア 入院に係る現物給付の窓口処理後の自己負担額 1 万円と通院に係る医療費（一部負担金）の合計額が高療を超えない場合  
 通院に係る医療費（一部負担金）を公費で負担



- イ 入院に係る現物給付の窓口処理後の自己負担額 1 万円と通院に係る医療費（一部負担金）の合計額が高療を超える場合  
 高療と 1 万円との差額を公費で負担

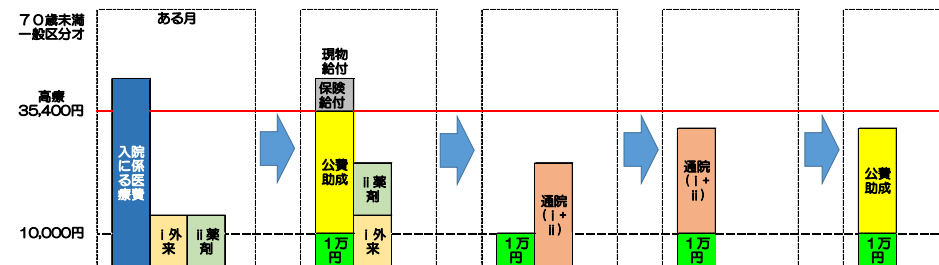


## 7. 詳細「②分子標的薬に関する入院が高療を超え、通院が高療を超えない」（2/4）

### ② 70歳未満の所得区分が「オ」の場合

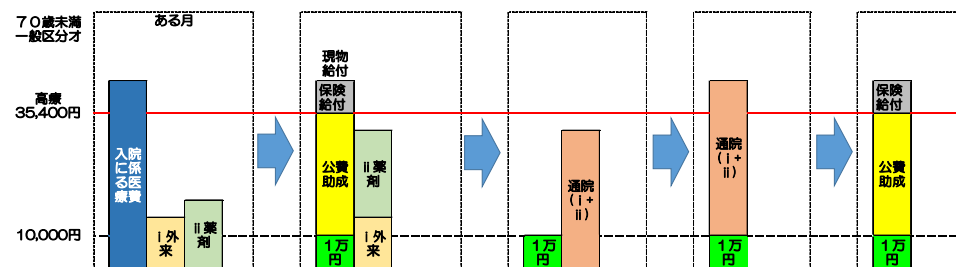
ア 入院に係る現物給付の窓口処理後の自己負担額 1万円と通院に係る医療費（一部負担金）の合計額が高療を超えない場合

通院に係る医療費（一部負担金）を公費で負担



イ 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医療費（一部負担金）の合計額が高療を超える場合

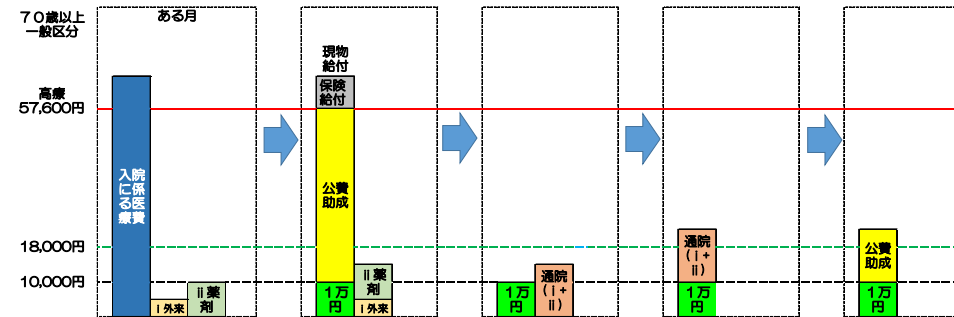
高療と1万円との差額を公費で負担



## 7. 詳細「②分子標的薬に関する入院が高療を超え、通院が高療を超えない」（3/4）

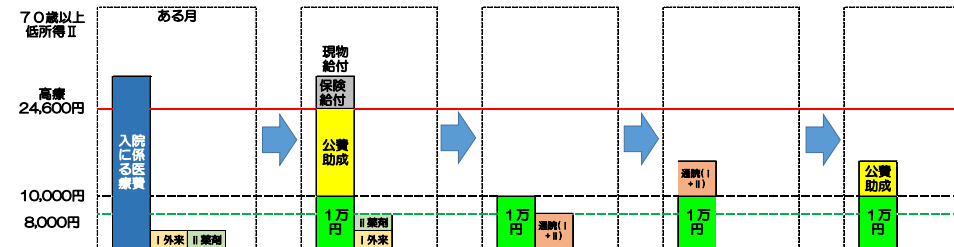
### ③ 70歳以上の所得区分が「一般」の場合

通院に係る医療費（一部負担金）を公費で負担



### ④ 70歳以上の所得区分が「II」の場合

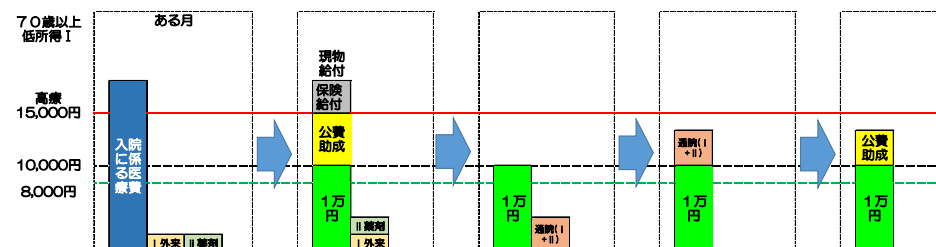
通院に係る医療費（一部負担金）を公費で負担



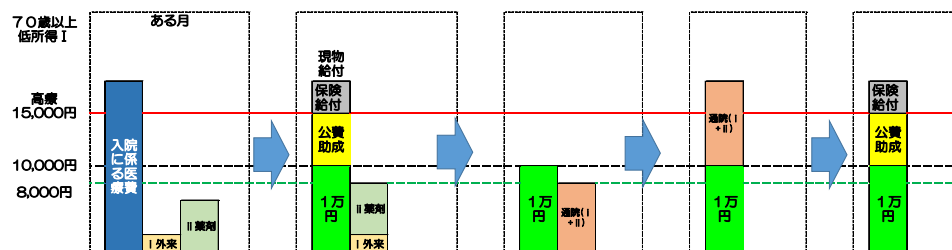
## 7. 詳細「②分子標的薬に関する入院が高療を超え、通院が高療を超えない」（4/4）

### ⑤ 70歳以上の所得区分が「I」の場合

- ア 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医療費（一部負担金）の合計額が入院・外来の高療を超えない場合  
 通院に係る医療費（一部負担金）を公費で負担

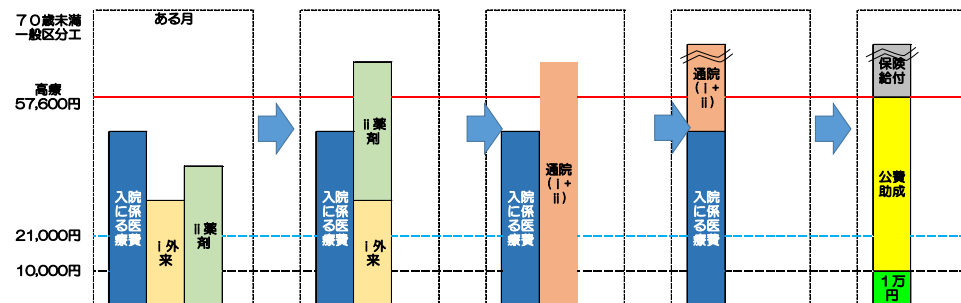


- イ 入院に係る現物給付の窓口処理後の自己負担額 1万円と通院に係る医療費（一部負担金）の合計額が入院・外来の高療を超える場合  
 高療と1万円との差額を公費で負担

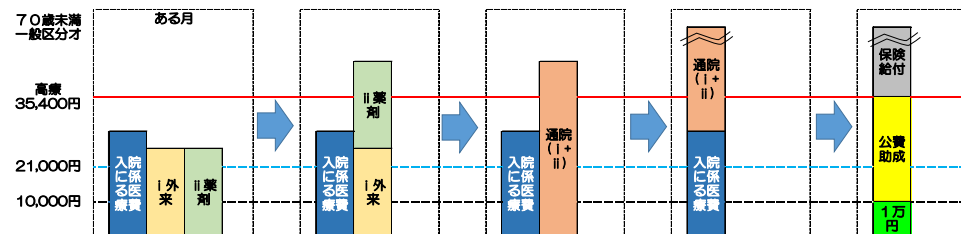


## 8. 詳細「③分子標的薬に関する入院が高療を超えず、通院が高療を超える」（1/2）

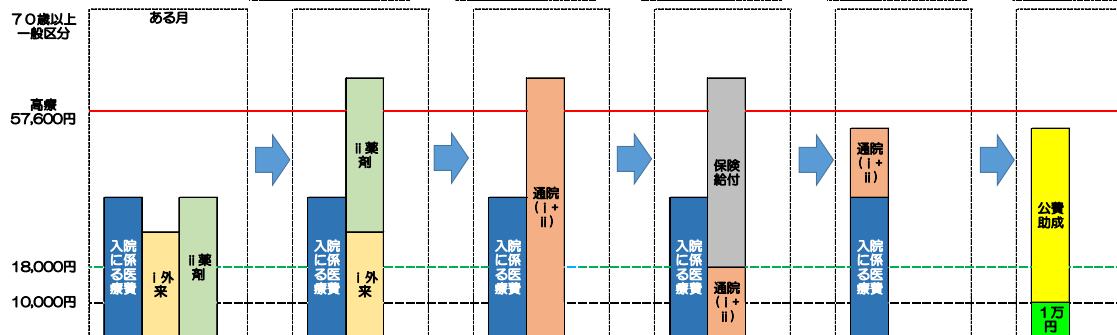
① 70歳未満の所得区分が「エ」の場合  
高療と1万円との差額を公費で負担



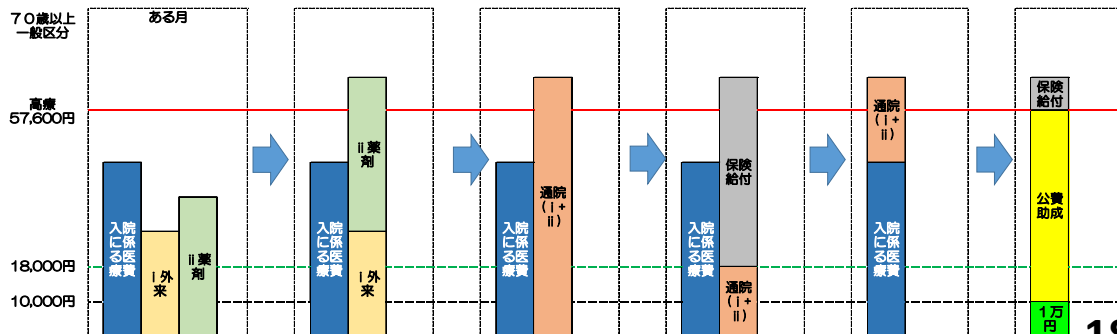
② 70歳未満の所得区分が「オ」の場合  
高療と1万円との差額を公費で負担



③ 70歳以上の所得区分が「一般」の場合  
ア 通院に係る高療及び入院に係る医療費（一部負担金）の合計額が入院・外来に係る高療を超えない場合  
通院に係る高療及び入院に係る医療費（一部負担金）の合計額と1万円との差額を公費で負担



イ 通院に係る高療及び入院に係る医療費（一部負担金）の合計額が入院・外来に係る高療を超える場合  
入院に係る高療と1万円との差額を公費で負担



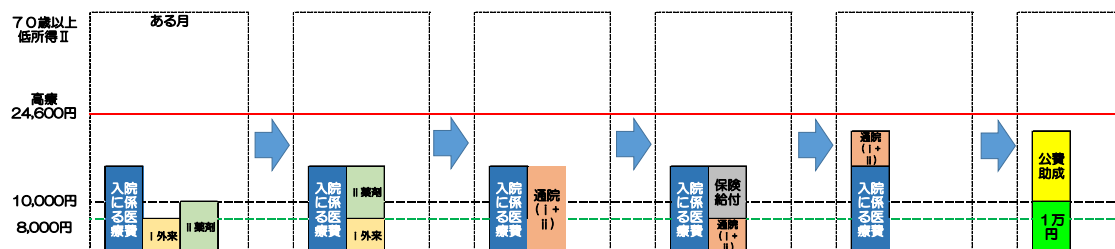


## 8. 詳細「③分子標的薬に関する入院が高療を超えず、通院が高療を超える」（2/2）

### ④ 70歳以上の所得区分が「Ⅱ」の場合

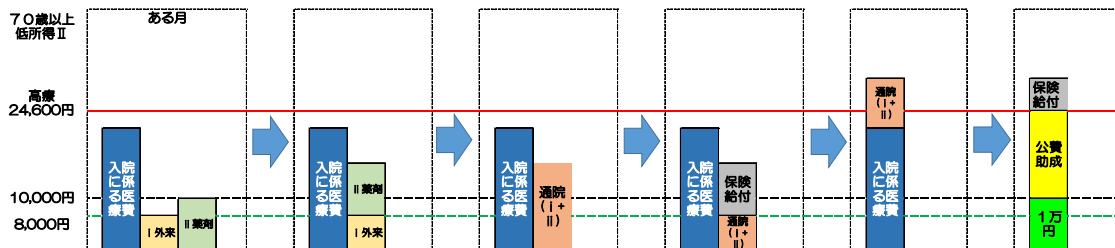
ア 通院に係る高療及び入院に係る医療費（一部負担金）の合計額が入院・外来に係る高療を超えない場合

通院に係る高療及び入院に係る医療費（一部負担金）の合計額と1万円との差額を公費で負担



イ 通院に係る高療及び入院に係る医療費（一部負担金）の合計額が入院・外来に係る高療を超える場合

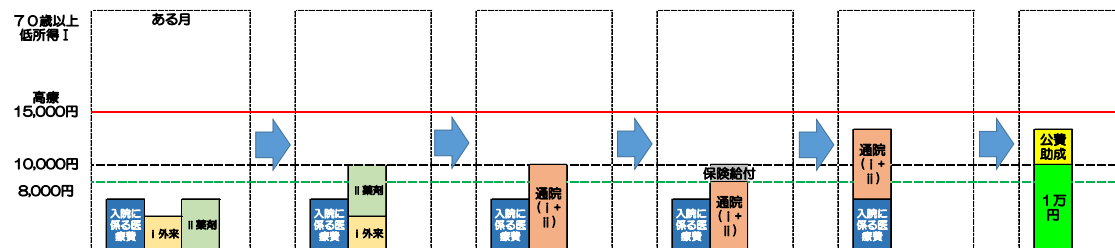
入院に係る高療と1万円との差額を公費で負担



### ⑤ 70歳以上の所得区分が「Ⅰ」の場合

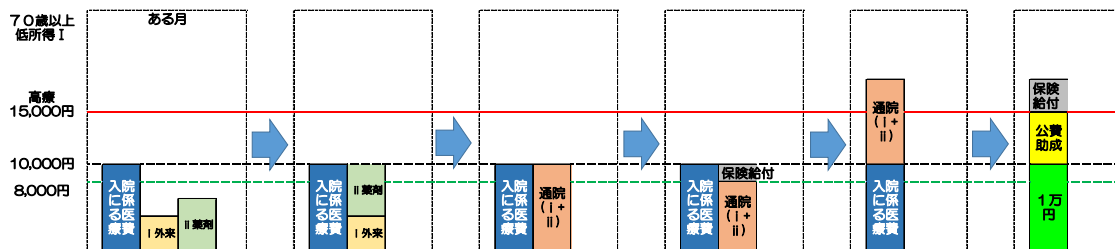
ア 通院に係る高療及び入院に係る医療費（一部負担金）の合計額が入院・外来に係る高療を超えない場合

通院に係る高療及び入院に係る医療費（一部負担金）の合計額と1万円との差額を公費で負担



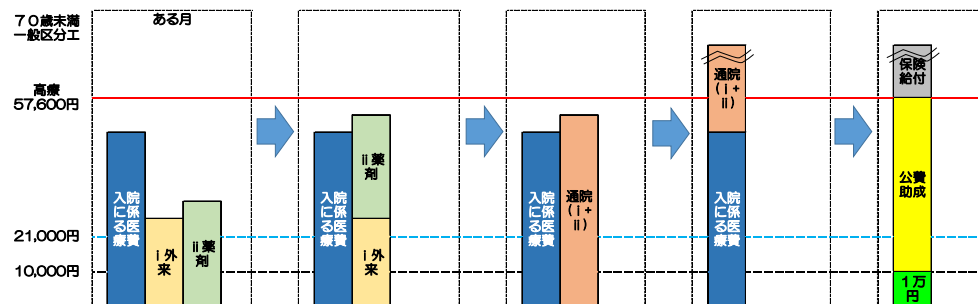
イ 通院に係る高療及び入院に係る医療費（一部負担金）の合計額が入院・外来に係る高療を超える場合

入院に係る高療と1万円との差額を公費で負担

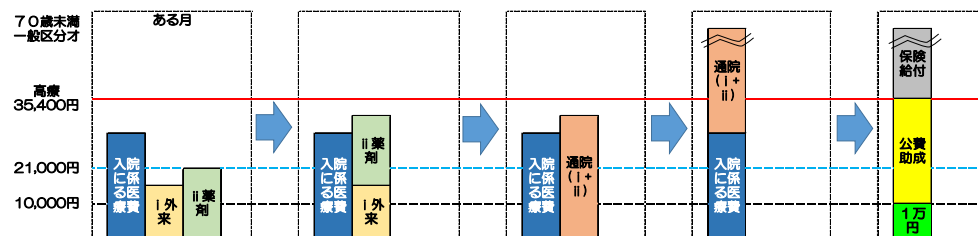


9. 詳細「④分子標的薬に関する入院が高療を超えず、通院が高療を超えず、分子標的薬に関する入院及び通院の合算額が高療を超える」（1/2）

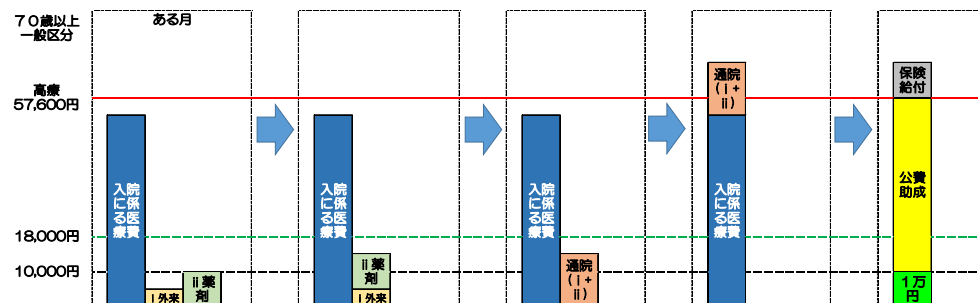
① 70歳未満の所得区分が「エ」の場合  
高療と1万円との差額を公費で負担



② 70歳未満の所得区分が「オ」の場合  
高療と1万円との差額を公費で負担

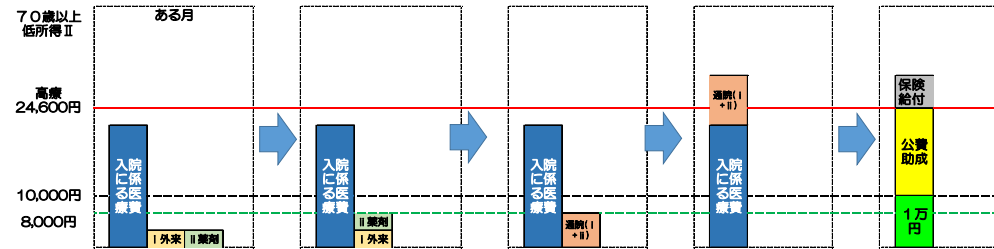


③ 70歳以上の所得区分が「一般」の場合  
入院・外来に係る高療と1万円との差額を公費で負担

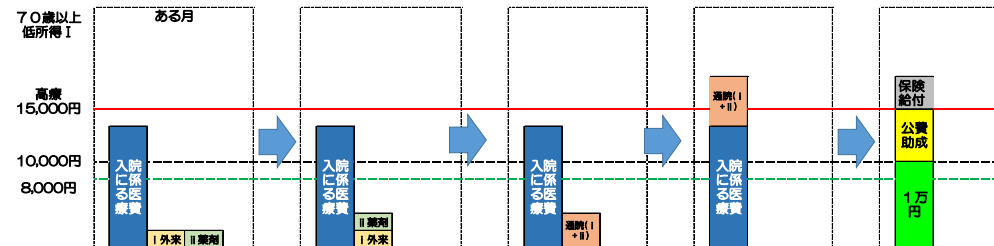


9. 詳細「④分子標的薬に関する入院が高療を超えず、通院が高療を超えず、分子標的薬に関する入院及び通院の合算額が高療を超える」（2/2）

④ 70歳以上の所得区分が「Ⅱ」の場合  
 入院・外来に係る高療と1万円との差額を  
 公費で負担



⑤ 70歳以上の所得区分が「Ⅰ」の場合  
 入院・外来に係る高療と1万円との差額を  
 公費で負担



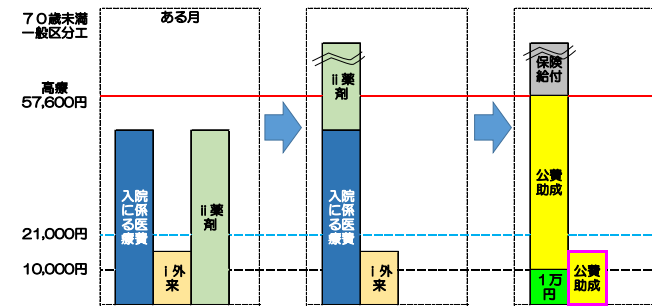
## 10. 70歳未満で21,000円未満の自己負担額がある場合の計算

※ 通院による「分子標的薬等を用いた化学療法」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。

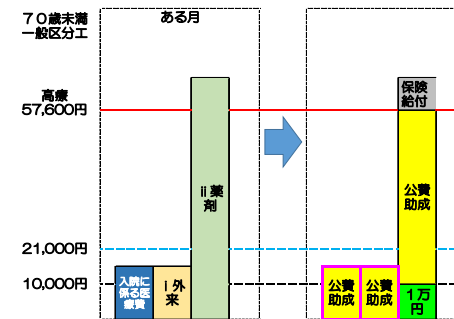
このため、1か月間の分子標的薬に関する入院及び通院に係る医療費の自己負担額のうち、保険法令上合算可能な額の合計額が高額療養費の限度額を超え、本事業の対象となった場合は、保険法令上合算不可能な額についても公費助成の対象とします。

### ○合算不可能な額を公費助成の対象とする例

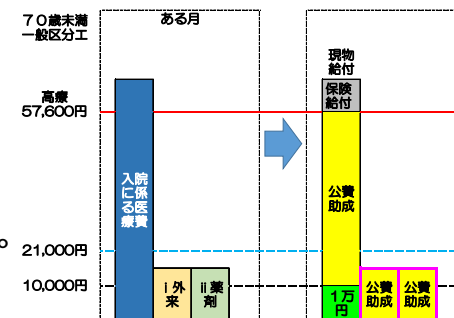
例1：「分子標的薬等を用いた化学療法」に係る外来診療費は21,000円未満であるが、分子標的薬等の導入のための入院に係る医療費と分子標的薬等に係る薬剤費の合計額が高額療養費の限度額を超えているため本事業の対象となることから21,000円未満の外来診療費についても公費で負担。



例2：「分子標的薬等を用いた化学療法」の導入に係る入院医療費及び「分子標的薬等を用いた化学療法」に係る外来診療費はそれぞれ21,000円未満であるが、「分子標的薬等を用いた化学療法」に係る薬剤費が高額療養費の限度額を超えているため本事業の対象となることから21,000円未満の入院医療費及び外来診療費についても公費で負担。



例3：「分子標的薬等を用いた化学療法」に係る外来診療費及び薬剤費がそれぞれ21,000円未満であるが、「分子標的薬等を用いた化学療法」の導入に係る入院医療費が高額療養費の限度額を超えているため本事業の対象となることから、21,000円未満の外来診療費及び薬剤費についても公費で負担。



### 1 1. 公費負担額の考え方一覧表

区分		公費負担額	規定				
入院のみ	入院が高療を超える場合	入院高療-1万円	要綱5(2)				
	入院が高療を超えない場合	対象外					
通院のみ	通院が高療を超える場合	外来高療-1万円	通知5(2)①				
	通院が高療を超えない場合	対象外					
分子標的薬等を用いた化学療法に係るものに限る。	入院及び通院が高療を超える場合	70歳未満	入院高療-1万円	通知5(1)①ア			
		70歳以上	一般区分	1万8千円	通知5(1)①イ		
			低所得Ⅱ	8千円			
			低所得Ⅰ	5千円			
	入院が高療を超え、通院が高療を超えない場合	70歳未満	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医療費(一部負担金)の合計額が入院の高療を	超えない場合	通院に係る医療費(一部負担金)	通知5(1)②イ	
			超える場合	入院高療-1万円	通知5(1)②ア		
		70歳以上	一般区分	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医療費(一部負担金)の合計額が入院の高療を	超えない場合	通院に係る医療費(一部負担金)	通知5(1)②イ
			低所得Ⅱ		超える場合	入院高療-1万円	
			低所得Ⅰ	超えない場合	通院に係る医療費(一部負担金)	通知5(1)②ア	
				超える場合	入院高療-1万円		
	入院が高療を超えず、通院が高療を超える場合	70歳未満	通院に係る高療及び入院に係る医療費(一部負担金)の合計額が入院に係る高療を	超えない場合	通院に係る高療及び入院に係る医療費(一部負担金)の合計額と自己負担額1万円との差額	通知5(2)②イ	
				超える場合	入院高療-1万円	通知5(2)②ア	
70歳以上		低所得Ⅱ	通院に係る高療及び入院に係る医療費(一部負担金)の合計額が入院に係る高療を	超えない場合	通院に係る高療及び入院に係る医療費(一部負担金)の合計額と自己負担額1万円との差額	通知5(2)②イ	
				超える場合	入院高療-1万円	通知5(2)②ア	
		低所得Ⅰ	通院に係る高療及び入院に係る医療費(一部負担金)の合計額が入院に係る高療を	超えない場合	通院に係る高療及び入院に係る医療費(一部負担金)の合計額と自己負担額1万円との差額	通知5(2)②イ	
				超える場合	入院高療-1万円	通知5(2)②ア	
入院が高療を超えず、通院が高療を超えず、入院及び通院の合算額が高療を超える場合				入院高療-1万円	通知5(3)		
入院及び通院の合算額が高療を超えない場合				対象外			

入院高療：入院及び外来に係る高療

外来高療：外来に係る高療

要綱：肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱

通知：肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱い