

諮問番号：令和4年度諮問第1号

答申番号：令和4年度答申第6号

答 申 書

第1 審査会の結論

本件審査請求は、理由がないため行政不服審査法（平成26年法律第68号）第45条第2項の規定により棄却されるべきである、との審査庁の意見は妥当である。

第2 審査請求に至る経過

- 1 審査請求人は、有効期間を「令和2年11月1日から令和3年10月31日」とし、疾病名を「」、軽症高額該当につき「該当」及び階層区分につき「IV」（自己負担上限月額「10,000円」）とする特定医療費（指定難病）受給者証の交付（以下「前回処分」という。）を受けていたところ、令和3年8月11日、処分庁に対し、「特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新）」により、特定医療費（指定難病）の支給認定の更新に係る申請（以下「本件申請」という。）をした。
- 2 処分庁は、令和3年10月12日、本件申請の書類審査を経て、審査請求人の特定医療費（指定難病）の支給認定の更新を決定し、審査請求人に対し、同年11月1日付け神第号特定医療費（指定難病）支給認定通知書（以下「本件通知書」という。）とともに、軽症高額該当につき「非該当」、階層区分につき「V」（自己負担上限月額「20,000円」）及び有効期間を「令和3年11月1日から令和4年10月31日」とする特定医療費（指定難病）受給者証を交付した（以下「本件処分」という。）。
- 3 審査請求人は、令和3年10月19日、本件処分について、自己負担上限

月額を「10,000円」に変更し、軽症高額該当につき「該当」に変更することを求めて審査請求をした。

第3 審査関係人の主張の要旨

1 審査請求人の主張

(1) 交付年月日が令和2年11月1日の前回処分においては、自己負担上限月額を「10,000円」、階層区分を「Ⅳ」、軽症高額該当を「該当」とされたのに対し、交付年月日が令和3年11月1日の本件処分においては、自己負担上限月額を「20,000円」、階層区分を「Ⅴ」、軽症高額該当を「非該当」とされた。

(2) 本件処分は、以下の理由により、不当である。

ア 自己負担上限月額が前回処分よりも高額である。

イ 階層区分について、階層区分のカテゴリライズのされかたが知らされておらず、かつ、説明が文書により明示されておらず不当である。

ウ 前回処分では軽症高額該当につき「該当」とされていたのが、本件処分では「非該当」とされており、この点も不当である。

2 審査庁

本件審査請求は理由がないため、行政不服審査法第45条第2項の規定により、棄却されるべきである。

第4 審理員意見書の要旨

1 審理員意見書の結論

本件審査請求は、理由がないため行政不服審査法第45条第2項の規定により、棄却されるべきである。

2 審理員意見書の理由

(1) 審査請求人が、令和2年11月1日、疾病名を 、軽症高額該当につき「該当」、階層区分につき「Ⅳ」（自己負担上限月額「10,000円」）、及び有効期間を「令和2年11月1日から令和3年10月31日」とす

る特定医療費（指定難病）受給者証の交付（「前回処分」）を受けていたところ、令和3年8月11日、処分庁に対し、「特定医療費（指定難病）支給認定申請書（更新）」により、特定医療費（指定難病）の支給認定の更新に係る申請（「本件申請」）をしたこと、処分庁が、同年10月12日、本件申請の書類審査を経て、審査請求人の特定医療費（指定難病）の支給認定の更新を決定し、審査請求人に対し、同年11月1日付け神[]第[]号特定医療費（指定難病）支給認定通知書（「本件通知書」）とともに、軽症高額該当につき「非該当」、階層区分を「V（自己負担上限月額20,000円）」及び有効期間を「令和3年11月1日から令和4年10月31日」と記載した特定医療費（指定難病）受給者証を審査請求人に対して交付した（「本件処分」）こと、以上の事実は前記第2、1及び2に記載のとおりである。

(2) 法令等の定め

次に、本件処分の効力について判断する上で必要な法令等の定めについて述べる。

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）、難病の患者に対する医療に関する法律施行令（平成26年政令第358号。以下「令」という。）、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号。以下「規則」という。）及び平成26年12月3日付け健発1203第1号厚生労働省健康局長通知「特定医療費の支給認定について」に係る「特定医療費支給認定実施要綱」（以下「要綱」という。）によれば、法第5条第1項に基づく特定医療費の支給認定等について、以下のとおり定められている。

ア 定義

(ア) 「指定難病の患者」

指定難病（法第5条第1項に規定する指定難病（難病（発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とする

こととなるものをいう。)のうち、当該難病の患者数が人口の概ね千分の一程度に相当する数に達せず、かつ、当該難病の診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっているものであって、当該難病の患者の置かれている状況からみて当該難病の患者に良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて指定するもの)をいう。)の患者を「指定難病の患者」という。

(イ) 「受診者」

特定医療（支給認定を受けた指定難病の患者に対し、指定医療機関が行う医療であって、指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療をいう。）の提供を受ける指定難病の患者を「受診者」という。

(ロ) 「受給者」

特定医療費の支給を受ける指定難病の患者を「受給者」という。

(ハ) 「支給認定世帯」

受診者及び令第1条第1項第2号に規定する支給認定基準世帯員（支給認定を受けた指定難病の患者及び当該支給認定を受けた指定難病の患者の生計を維持する者として厚生労働省令で定めるもの）で構成する世帯（特定医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「支給認定世帯」という。

イ 特定医療の対象について

(7) 特定医療の対象となる者

特定医療の対象となる者は、指定難病にかかっていると認められる者であって、次のa又はbのいずれかに該当するものとする。

a その病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度（個々の指定難病の特性に応じ、日常生活又は社会生活に支障があると医学的に判断される程度）である者（法第7条第1項第1号）。これは、指定難病に罹患していると認められる

者が重症度基準（症状の程度が一定程度であることを確認できる基準）を満たす場合である。

- b その治療状況その他の事情を勘案して政令で定める基準に該当する者（法第7条第1項第2号、令第2条）。具体的には、当該支給認定の申請のあった月以前の12月以内に同一の1月の医療費総額（10割）が33,330円を超える月数が3月以上ある者。これを「軽症高額該当基準」に該当する者といい、aの重症度基準を満たさない者を対象とした特例である。かかる基準が定められた理由は、指定難病の診断基準を満たしていても、重症化せずに抑えられている場合や、重症度が医療費助成の認定基準を満たさない場合があり、そのような場合においても、当該指定難病の治療に要した医療費が一定額以上生じているときは、医療費助成を行い、患者の負担軽減を図ることを目的とする趣旨によるものである。

(イ) 特定医療費の支給対象となる医療の内容

- a 診察
- b 薬剤の支給
- c 医学的処置、手術及びその他の治療
- d 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- e 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

ウ 支給認定の要件等について

(ア) 所得区分

特定医療費の支給認定については、法第5条第2項の規定により、自己負担について受給者の家計の負担能力や受診者の治療状況に応じた区分（以下「所得区分」という。）を設けて認定することとして、以下のとおり、所得区分ごとに負担上限月額（令第1条第1項に規定する負担上限月額をいう。）を設けている。

- a 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおり。

① 生活保護 負担上限月額 0円

- ② 低所得Ⅰ 負担上限月額 2,500円
- ③ 低所得Ⅱ 負担上限月額 5,000円
- ④ 一般所得Ⅰ 負担上限月額 10,000円
- ⑤ 一般所得Ⅱ 負担上限月額 20,000円
- ⑥ 上位所得 負担上限月額 30,000円

b aの所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」、「⑤一般所得Ⅱ」、「⑥上位所得」については、受診者が高額難病治療継続者（同一の月に受けた特定治療（支給認定を受けた月以後のものに限る。）の医療費総額（10割）が50,000円を超えた月数が高額難病治療継続者の申請を行った月以前の12月以内に既に6月以上ある者をいう。）に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設けている。

- ④ 一般所得（高額継続）Ⅰ 負担上限月額 5,000円
- ⑤ 一般所得（高額継続）Ⅱ 負担上限月額 10,000円
- ⑥ 上位所得（高額継続） 負担上限月額 20,000円

(イ) 各所得区分の内容等（但し、本件事案に係る部分のみ）

- a 上記「④一般所得Ⅰ」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が71,000円未満の場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」、「②低所得Ⅰ」及び「③低所得Ⅱ」の対象ではない場合であるものとする。
- b 上記「⑤一般所得Ⅱ」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が251,000円未満の場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」、「②低所得Ⅰ」、「③低所得Ⅱ」及び「④一般所得Ⅰ」の対象ではない場合であるものとする。
- c 上記「⑤一般所得（高額継続）Ⅱ」の対象となるのは、「⑤一般所得Ⅱ」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する

場合であるものとする。

(ウ) 支給認定世帯

- a 支給認定世帯については、受診者と同じ医療保険の被保険者をもって、受診者の生計を維持するものとして取り扱うこととする。
- b 支給認定の申請に当たっては、特定医療費支給認定申請書（以下「申請書」という。）の他、受診者の氏名が被保険者本人又は被扶養者として記載されている被保険者証などの写しを申請者に提出させるものとする。
- c 市町村民税（所得割）の支給認定世帯における合計額の算定は、受診者が指定特定医療を受ける日の属する年度の課税状況を基準とすることを基本とする。

エ 支給認定の申請について

申請に当たっては、申請書に指定医（法第6条第1項に規定する指定医をいう。）の作成する診断書（同項に規定する診断書をいい、以下「臨床調査個人票」という。）、被保険者証等及び受診者の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料等）を添付の上、都道府県（又は地方自治法第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。））に申請させるものとし、これらの資料に加え、軽症高額該当（法第7条第1項第2号に規定する基準に該当していることをいう。）にかかる申請に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が33,330円を超えている月が3月以上あることを証明する書類を、高額難病治療継続者の認定に係る申請に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が50,000円を超えている月が6月以上あることを証明する資料（後記オ(イ)記載の「自己負担上限額管理票」の写し等）を添付させて申請させることとする。

オ 支給認定の手続について

- (ア) 都道府県知事（又は指定都市の市長。以下同じ。）は、特定医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、特定医

療費（指定難病）受給者証（以下「受給者証」という。）を交付する。また、指定難病審査会の審査の結果、特定医療費の支給要件に該当しないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に却下の通知書を交付する。

(イ) 受給者証の交付に当たっては、支給認定世帯の所得状況、高額難病治療継続者への該当の有無の判断及び自己負担上限月額の設定を行った上で、規則第25条に定める事項を記載した受給者証を交付するとともに、特定医療に係る自己負担額を管理するため、自己負担上限額管理票を受給者に交付する。

(ウ) 支給認定の有効期間は1年以内とする。ただし、当該期間を延長する特別の事情があると認められるときは、1年3月を超えない範囲内において都道府県知事が定める期間とする。

(3) 本件処分の違法性及び不当性に対する判断

ア 前記(1)に記載の事実及び本件の資料を総合すれば、以下の事実を認めることができ、これを覆すに足る資料はない。

(ア) 審査請求人は、年月日生れの女性であり、夫である
（年月生れ）とともに神戸市区内に世帯を持って居住しているところ、平成29年11月に法第5条第1項に規定する指定難病である（指定難病）を発症した。

(イ) は、
疾患であり、特徴的な症状としては
であり、原因不明とされる疾病であって、以下の分類がなされている。

a 罹患部位による分類：

b 病期による分類：

c 重症度による分類：

d 臨床経過による分類：

[]

(ウ) 処分庁は、前回処分において、診査請求人について特定医療費（支給認定を受けた指定難病の患者に対し、指定医療機関が行う医療であって、指定医療及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療に要した費用）の支給決定を行い、令和2年11月1日、審査請求人に対し、特定医療費（指定難病）受給者証を交付した。同受給者証には、以下の記載があった。

a 受診者氏名：審査請求人

b 保険名： []

c 疾病名： []

d 自己負担上限月額：10,000円

e 階層区分：Ⅳ

f 軽症高額該当：該当

g 高額かつ長期：非該当

h 有効期間：令和2年11月1日から令和3年10月31日

i 指定医療機関：① []、② []

(イ) 処分庁が、前回処分において前記(ウ)記載の内容の支給決定を行ったのは、審査請求人が罹患した [] の病状の程度が、法第7条第1項第1号の「その病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度（指定難病である [] の特性に応じ、日常生活又は社会生活に支障があると医学的に確認できる重症度基準）には該当しないが、法第7条第1項第2号、令第2条の「その治療状況その他の事情を勘案して政令で定める基準に該当する者」に該当するものと認定し、かつ、審査請求人の支給認定世帯（受診者で非課税の審査請求人及び指定難病の患者である審査請求人の生計を維持する夫の [] で構成する世帯）の世帯員である [] の令和2年度の市民税額（所得割）が59,700円であって、71,000円未満であることから、審査請求人の自己負担上限月額

以上のとおり認められる。

イ 以上の事実によれば、処分庁が、本件処分において前記ア(カ)記載の内容の支給決定を行ったのは、本件医師が、令和3年7月28日、診査請求人の [] の症状の程度について、 [] の重症度基準である [] のうちの「軽症」に該当するとの判定を行ったことに基づき、審査請求人の罹患した [] の病状の程度が、法第7条第1項第1号の「その病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度」すなわち「指定難病である [] の特性に応じ、日常生活又は社会生活に支障があると医学的に確認できる重症度基準に該当するもの」に該当するものであって、法第7条第1項第2号の「軽症高額該当」には該当しないものと判断した上、審査請求人と同居する夫 [] の令和3年度の市民税（所得割）の合計が120,400円であって、251,000円未満であることから、審査請求人の自己負担上限月額を、階層区分「V」の「一般所得Ⅱの20,000円」と決定したものであることが認められる。なお、「一般所得Ⅱ」については、受診者が高額難病継続者（同一の月に受けた特定治療（支給認定を受けた月以後のものに限る。）の医療費総額（10割）が50,000円を超えた月数が高額難病継続者の申請を行った月以前の12月以前に既に6月以上ある者をいう。）に該当する場合には、自己負担月額が、「10,000円」とされているところ、本件においては、診査請求人が、高額難病継続者の申請を行っていないので、その適用はない（なお、審査請求人が提出した令和3年1月分から同年7月分までの自己負担上限額管理票によれば、指定医療機関である [] と [] の診療報酬（10割）の合計総額が50,000円を超えた月が1月のみ（令和3年7月28日の67,160円）であることが認められるので、審査請求人が高額難病継続者には該当しないものと推認される。）。

以上によれば、本件処分は、関係法令等に基づき適法に行われたもの

であることが明らかであり、審査請求人が主張する違法性及び不当性は認められない。

(4) 結論

以上のとおり、本件審査請求は、理由がないため、行政不服審査法第45条第2項の規定により棄却されるべきである。

第5 調査審議の経過

令和4年5月23日 第1回審議

令和4年6月24日 第2回審議

令和4年7月28日 第3回審議

第6 審査会の判断

1 本件に係る法令の規定について

(1) 法第7条第1項第2号を受けた令第2条は、法第7条第1項第1号で定める、指定難病の患者の病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度（重症度基準）に該当する場合のほか、特定医療費の支給認定を行う基準を定めている。

すなわち、法第7条第1項第1号の重症度基準を満たさないものを対象とした特例として、「軽症高額該当」基準が定められている。具体的には、支給認定の申請のあった月以前の12月以内に同一の1月の医療費総額が33,330円を超える月数が3月以上あるものが、これに該当するものとされている。

(2) また、法第5条第2項第1号を受けた令第1条第1項は、特定医療費の受給者の家計の負担能力や受診者の治療状況その他の事情を斟酌して、所得区分ごとに負担上限月額を6つの区分（人口呼吸器等装着者の区分を除く）に分けている。

この区分のうち、負担上限月額10,000円の区分（階層区分「IV」）の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で

保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が71,000円未満の場合であって、かつ、負担上限月額が10,000円未満の区分の対象ではない場合であるものとされており、負担上限月額20,000円の区分（階層区分「V」）の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が251,000円未満の場合であって、かつ、負担上限月額が20,000円未満の区分の対象ではない場合であるものとされている。

2 本件処分の適法性等

以上を踏まえて、当審査会としても、本件処分における審査請求人の特定医療費の支給決定内容について、軽症高額該当につき「非該当」、階層区分につき「V」の「負担上限月額20,000円」と決定するのが相当である、と判断した。理由については、第4-2(3)記載の審理員の意見と同旨であるから、これを引用する。

3 上記以外の違法性又は不当性についての検討

他に本件処分に違法又は不当な点は認められない。

4 結論

よって、本件処分は違法又は不当であるとはいえないから、本件審査請求は、棄却されるべきである。

神戸市行政不服審査会

会 長 水 谷 恭 子

委 員 興 津 征 雄

委 員 大 原 雅 之

治 上 西 員 委