

医療機関向けQ&A集(令和2年1月1日版)

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
1	指定医療機関	指定基準	県実施要綱別紙1に記載されている医療行為一覧に掲げている医療行為全てができないと指定医療機関に指定されないのか。一部でも行うことができればよいのか。	県実施要綱別紙1記載の医療行為の一部を行うことができ、県実施要綱にある指定医療機関の役割を果たすことができる医療機関であれば、指定医療機関として申請することができます。
2	指定医療機関	申請書の記載	指定医療機関指定申請書(様式第1号)の右上記入欄の「開設者の氏名(法人の場合は法人の名称と代表者の職・指名)」について、法人の場合、申請者を開設者の代わりに病院長とする(開設者(法人代表者)の代わりに病院長等の印を用いる)ことは可能か。不可能であれば、開設者の住所氏名を同じ様式に2箇所記入させる目的は何か。	病院長が、開設者(法人)の代表権を行使することができるのであれば、申請者を病院長としていただいても差し支えありません。
3	指定医療機関	申請書の記載	指定申請書の記載について、委任状により、開設者に変わり、院長が記載することは可能か。	可能です。また、委任状によらずとも、病院長が、開設者(法人)の代表権を行使することができるのであれば、申請者を病院長としていただいても差し支えありません。
4	指定医療機関	みなし規定	遡りの考え方について、医療費助成と、指定医療機関の見なし指定の遡り方についてはそれぞれ下記の考え方で間違いはないでしょうか。 ・医療費助成のカウント → 当該月を含む12月 (例:H31年4月の場合、対象期間はH30年5月～H31年4月) ・医療機関の見なし指定 → 1年前から (例:H31年4月20日指定の場合、1年前のH30年4月から入院記録票への記載が可能)	指定の効力が平成31年4月1日から生じるとした場合はお見込みのとおりとなり、「入院関係医療のカウント」が平成30年5月から平成31年3月までの間で3/12以上となっており、かつ、平成31年4月の入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えていた場合、特定疾病給付対象療養として医療費の助成を行うことができます。
5	指定医療機関	役割	臨床調査個人票及び同意書についての説明や案内を行う者は、医師に限定されず指定医療機関の職員であればどの職種(窓口事務担当)が行ってもよいのか。	必ずしも医師に限らず、きちんと説明いただける方であれば問題ないと考えます。なお、医師が記載した部分の説明は医師から説明を行っていただくことが適切と考えます。
6	対象医療	医療の内容	無関係な医療であるかどうかをどのように判断するのか。	県実施要綱別紙1に記載されている医療が行われていれば、対象医療と判断して差し支えありません。償還払いにおいても、同様の対応をとることで十分対応できるものと考えています。なお、対象とならないものとしては、傷病手当金意見書交付料のように、直接の治療や検査等に伴って算定される報酬ではないもの、入院時食事療養費及び入院時生活療養費等のような食費や生活費が考えられます。
7	対象医療	医療の内容	「当該医療を受けるために必要な検査料」とは、入院の是非を判断するための外来診療も助成対象となりますか。	本事業の対象はあくまで入院医療となるので、外来診療は助成の対象となりません。診療報酬請求は外来と入院は別レセプトで請求されますが、たとえば肝性脳症や腹水等が悪化して外来受診し、同日のうちに緊急入院する場合は、外来で行われた診療行為を入院医療として請求されることがあるので、その場合には、入院の是非を判断するための外来診療も助成の対象になります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
8	対象医療	医療の内容	入院医療と判断される医療行為が行われれば、それに付随する検査料や入院料も全て対象医療に含まれるとの理解でよろしいでしょうか。あと、入院医療と判断される医療行為の副作用に対する処置のため入院した場合、入院医療と判断される医療行為が行われたうえでの入院なら対象となるが、副作用に対する処置のみでは対象とならないという解釈で良かったでしょうか。	お見込みの通りです。
9	対象医療	医療の内容	県実施要綱別紙1にある医療行為について、その医療行為に対する経過観察のために入院した場合も対象となりますでしょうか。	県実施要綱別紙1の医療行為が外来で行われ、初診又は再診から直ちに入院して、入院分の診療報酬明細書が作成された場合、対象となります。
10	対象医療	医療の内容	療養病棟入院基本料を算定している医療機関から「療養病棟入院基本料を算定している病棟については、投薬は入院基本料に含まれることとなり、薬剤料については入院基本料に含まれており算定できずレセプトには反映できませんが、当事業の対象となりますでしょうか。対象となる場合、レセプトに特記してコメントを記載する必要はありますでしょうか。」という質問がありましたが、この場合、投薬が県実施要綱別紙3の傷病名に対して、県実施要綱別紙1の肝がん及び重度肝硬変に対する医療であれば対象になるという理解でよろしいでしょうか。対象となる場合、レセプトの取扱いについてもご教授ください。	療養病棟入院基本料を算定している医療機関においての本事業の取扱は、お見込みの通りです。医療機関において、県実施要綱別紙3の傷病名に対して県実施要綱別紙1の医療が行われていれば、事業の対象となります。入院記録票により確認することとなりますので、医療機関で事業の対象かどうかご判断いただき従来の入院記録票(様式第13号)への記載をお願いいたします。なお、現時点では、レセプトに治療内容等を記載することは求めておりません。
11	対象医療	医療の内容	肝臓以外の臓器へのがんの転移がありその治療も受けている場合、鎮痛剤等どちらか明確に判別できない治療については本事業の助成対象としてよいか。	医療機関において、県実施要綱別紙1の医療行為が肝がんの転移に対する治療であると判断した場合は、本事業の対象としてよいものと考えています。
12	対象医療	医療の内容	本事業の対象はB型又はC型肝炎ウイルスに起因する肝がんつまり原発巣が肝臓であるがんのみで、肝炎ウイルスの感染者であっても転移性肝がんは対象外という理解でよろしいか。	原発巣が肝臓であるがんのうち、肝細胞癌と胆管細胞癌が該当します(県実施要綱別紙3の対象となる病名を参照願います)。また、上記がんの肝臓外への転移に対する治療は対象となります。ご指摘のとおり、B型、C型肝炎の患者様であっても、胃がんや大腸がん等が肝臓に転移した転移性の肝がんに対する医療は対象外です。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
13	対象医療	医療の内容	<p>県実施要綱別紙2において、肝がんを「原発性肝がん及びその転移」と定義されておりますが、肝臓が原発性の部位で、脳にがんが転移した方の場合についてご教示願います。</p> <p>①入院関係医療の考え方について、入院期間中に、県実施要綱別紙3の病名を有して、県実施要綱別紙1の医療行為が肝臓から転移した部位に行われる場合は対象となるのか？</p> <p>②入院関係医療の考え方について、入院期間中に、県実施要綱別紙3の病名を有して、県実施要綱別紙1の医療行為が行われていないが、肝臓から転移した部位の治療を行っている場合は、対象とならないという理解でよろしいか？</p> <p>医療機関より、肝臓からの転移性脳腫瘍の摘出術について問い合わせがあり、ご回答願います。</p>	<p>①お見込みの通りです。</p> <p>②県実施要綱別紙1に明示されていない医療行為のうち、肝がん又は重度肝硬変(非代償性肝硬変)により発生したことが明らかな合併症状に対する治療を目的とした入院について、「5. その他の医療行為」として整理しました。</p>
14	対象医療	医療の内容	<p>県実施要綱別紙1の1には、肝がん破裂における止血術については、記載がないが、肝がんの医療行為には含まれないのか。</p>	<p>肝がん破裂の治療としては、県実施要綱別紙1の1、肝がんの医療行為、区分番号K615-00、血管塞栓術が該当すると考えております。この他に肝がん破裂に対して行われた治療(手術等)が、県実施要綱別紙1の「5. その他の医療行為」に該当する場合は、医療機関において入院医療の判断を行っていただくこととなります。なお、その場合、医療機関は都道府県を通じて、厚生労働省にも情報提供をお願いすることとなります。</p>
15	対象医療	医療の内容	<p>肝がんで入院された方が、その影響で胃から出血した際に、その出血を止める手術・処置を受けた場合は対象医療となるのか。</p>	<p>県実施要綱別紙1の「5. その他の医療行為」に該当する場合は、医療機関において入院医療の判断を行っていただくこととなります。なお、その場合、医療機関は都道府県を通じて、厚生労働省にも情報提供をお願いすることとなります。</p>
16	対象医療	医療の内容	<p>生体肝移植が追加された理由は何か。</p>	<p>本件事業にかかる医療としても、考え得る医療であることから追加しました。なお、移植後は対象となりません。</p>
17	対象医療	医療の内容	<p>肝がん、肝硬変に伴う門脈血栓症について治療を行った場合は、事業の対象としてよいか？</p>	<p>門脈血栓症に対する治療については、県実施要綱別紙1の「5. その他の医療行為」において、「門脈血栓症に対する薬物治療(保険適用のある薬剤に限る)」として入院医療とする旨、整理させていただきました。</p>
18	対象医療	医療の内容	<p>C型肝炎ウイルスが原因の肝がんによる胆管浸潤で胆道閉塞があり、治療のために行われた「内視鏡的胆道ステント留置術」は事業の対象としてよいか？</p>	<p>肝がんによる胆管浸潤等に対する治療については、県実施要綱別紙1の「5. その他の医療行為」において、「肝がんが胆管に浸潤するなどした場合の減黄治療(内視鏡的胆道ドレナージ等)」として入院医療とする旨、整理させていただきました。門脈血栓症に対する薬物治療(保険適用のある薬剤に限る)」として整理させていただきました。</p>

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
19	対象医療	医療の内容	<p>県実施要綱別紙1「肝がん・重度肝硬変(非代償性肝硬変)の治療目的の入院と判断するための医療行為一覧」と緩和治療について、下記a～bはいずれも助成対象として差支えないでしょうか？</p> <p>a: 主な治療目的は緩和治療であるが、一部県実施要綱別紙1の医療が含まれ、全体として肝がん・重度肝硬変入院関係医療であると判断される場合</p> <p>b: 主な治療目的は県実施要綱別紙1の医療であるが、一部緩和治療が含まれ、全体として肝がん・重度肝硬変入院関係医療であると判断される場合</p>	お見込みの通りです。
20	対象医療	医療の内容	参加者が緩和ケア等でオピオイドが使用されている場合等、医療費助成の対象となるのか	肝がん・重度肝硬変入院医療に該当するものとして県実施要綱別紙1に定める医療行為に該当するものであれば対象となります。
21	対象医療	医療の内容	当初違う疾患で入院していた方が、途中から肝がんになった場合、最初の疾患は他の疾患でよいのか。	県実施要綱別紙1に記載されている入院医療が実施されている必要があり、関連医療まで含めた医療で高額医療となった場合のみ可となります。例えば骨折など、全く関係ない医療の場合は厳密には切り分けていただくこととなります。
22	対象医療	医療の内容	当初薬物療法で通院していた方が、入院することとなり、併せて途中から以前より治療していた肝がん・重度肝硬変の入院関係医療を実施することになった場合、肝がん・重度肝硬変の入院関係医療部分に限れば助成対象として差支えありませんでしょうか？	お見込みのとおりとなります。
23	対象医療	医療の内容	退院時処方についても、退院後在宅で使用する投薬であっても、入院レセプトで請求できることから、本事業の対象に含まれるという理解でよろしいか。	本事業は、肝がん・重度肝硬変の入院医療に対して助成を行うものであり、入院中に実体として入院医療が行われることが前提となります。退院時処方は、入院費用に含まれますが、在宅での療養に必要なものとして行われるものです。そのため、入院医療が行われず、退院時処方のみ入院医療に関する薬剤(化学療法の薬剤等)の処方がなされる可能性があります。この場合、退院時処方に入院医療に係る投薬があったとしても、本事業の対象とすることはできません。一方、入院医療が行われ、退院時処方として入院関係医療に係る投薬が行われた場合には、退院時処方を含めて高額療養費の算定基準額に達していたかの判定をお願いいたします。
24	対象医療	医療の内容	重度肝硬変の患者が、肝硬変以外の病気で入院し、退院時に重度肝硬変の薬を処方された場合、DPC算定の場合はそれも対象となるのか。	入院中に県実施要綱別紙1にある医療が行われたとは言えないため、入院医療に該当しないと考えられます。ただし、入院中に県実施要綱別紙1の医療行為が行われた場合は、退院時に処方された重度肝硬変の薬も対象となります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
25	対象医療	医療の内容	HCV抗体及びHCV-RNA抗原が陰性の場合でも肝がんを発症するケースがあるが、その場合はどうなるのか。	C型肝炎ウイルスの排除後も、HCV抗体は陽性と考えられます。仮にHCV抗体及びHCV-RNAが陰性の場合に、医師がC型肝炎ウイルスによる肝がんを発症したと診断した場合には、「臨床調査個人票及び同意書」の「その他記載すべき事項」の欄に診断理由等を具体的に記載いただき、認定協議会において判断していただくこととなります。
26	対象医療	医療の内容	指定医療機関AからBに転院された方で、Aで肝がんの治療を行っていたが骨折をし、リハ目的でBに入院した。医療費の算定は、DPC包括算定ではないが「回復期リハビリテーション入院病棟医療費算定基準」に基づき骨折の治療と肝がんの治療が合算されてレセプト処理されるが、対象患者としてよいのか。	医療機関において、回復期リハビリテーション病棟入院料が算定される場合、骨折等のリハビリテーションが目的であっても、県実施要綱別紙3の傷病名に対して県実施要綱別紙1の医療が行われていれば、入院関係医療を含む包括部分、入院関係医療の出来高部分の医療費については本事業の対象となります。なお、B病院での入院で、入院関係医療が行われていないのであれば、A病院からB病院に転院した場合、合算して本事業の対象とする(入院関係医療の自己負担額を合算する)ことはできませんので、ご注意ください。
27	対象医療	診断・認定	HCV抗体陽性(HCV-RNA陰性でも含む)とあるが、重症化予防事業と対象者が違う理由は何か。	本事業と違い、重症化予防事業において初回精密検査費の助成対象となるのは、HCV抗体高力価陽性の方、あるいはHCV抗体陽性(中力価陽性および低力価陽性)かつHCV-RNA陽性の方、としており、HCV-RNA陰性(つまり、ウイルス陰性)の方は助成対象としておりません。本事業の目的は、すでに重度肝硬変・肝がんへと病態が進んでいる方を対象として、研究の促進と支援のための取り組みを行うことであり、C型肝炎ウイルス排除後に肝がんを発症する患者が少なからず存在することも踏まえ、抗ウイルス治療等によりウイルスが排除された、つまりHCV-RNA陰性となった方も含めて対象としています。
28	対象医療	診断・認定	10年前・20年前にウイルスが除去された場合であっても対象者となりうるのか。	対象者となりえます。
29	対象医療	診断・認定	臨床調査個人票を書く主治医が、過去にウイルス性肝炎にかかっていたことを把握できるのか？	過去の診断結果がなんらかの形で伝わっていれば対応できるものと考えています。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
30	対象医療	診断・認定	認定基準(ウイルス性肝炎であることの診断・認定)について、「1)「B型肝炎ウイルス性」であることは、HBs抗原陽性あるいはHBV-DNA陽性、のいずれかを確認する。*B型肝炎のHBs抗原消失例を考慮し、HBs抗原陰性であっても過去に半年以上継続するHBs抗原陽性が認められるものは、含まれることとする。2)「C型肝炎ウイルス性」であることは、HCV抗体陽性(HCV-RNA陰性でも含む)あるいはHCV-RNA陽性、のいずれかを確認する。」と定められておりますが、いずれの項目においても満たさないが、HBc抗体、HBe抗体の陽性や、その他の画像所見等、縁故関係を踏まえ、他のアルコール性や脂肪肝が否定され、ウイルス性による重度肝硬変・肝がんであると医師が判断した場合、様式第7号「臨床調査個人票及び同意書」の「その他記載すべき事項」の欄に診断理由等を記載いただき、後は認定協議会の判断ということでよろしいでしょうか？	お見込みのとおりとなります。
31	対象医療	診断・認定	県実施要綱別紙1の医療が含まれているか否かに関わらず、医師の判断により、肝がん・重度肝硬変入院関係医療であると判断される場合は助成対象として差支えないでしょうか？	医療機関の医師が入院関係医療に該当する医療の範囲を判断しますが、入院医療には県実施要綱別紙1の医療行為が含まれていることが条件となります。なお、県実施要綱別紙1に該当する新たな医療行為(新薬等)があれば、別紙の改定での対応を想定しております。
32	対象医療	診断・認定	転院や、カルテの保存年限満了による廃棄等の理由により、過去にB型肝炎またはC型肝炎ウイルスが存在したことを医療機関で証明できない場合、患者本人の申告のみで臨床調査個人票に記載し、本事業の対象とすることはできるのか。	患者の申告のみでは、ウイルス性肝炎に罹患していたことの証明とするのは難しく、事業の対象とすることはできないと考えます。ただし、血液検査以外でも、ウイルス性肝炎の罹患を示す医療記録が残存している場合は、「その他記載すべき欄」に医師が記載した上で、認定協議会で検討いただくことになると思われます。
33	対象医療	診断・認定	診断・認定基準にある、「原発性肝がん及びその転移」であることを「臨床調査個人票」に記載する欄がないが、認定協議会における審査にあたり、「原発性」であることは、「臨床調査個人票」のどの部分で確認するのか。	県実施要綱別紙2において、肝がんを「原発性肝がん及びその転移」と定義していることから、指定医療機関において、本事業の対象となる「肝がん」について臨床調査個人票が作成されるものと考えています。
34	対象医療	DPC・医療内容の切り分け	肝がん・重度肝硬変に係る対象医療について、他の疾患等についても治療が行われている場合で、切り分け(区別)が難しい場合には、その治療費については、肝がん・重度肝硬変治療促進事業の対象医療に含めてよいか。また、DPC対象病院で包括算定されている場合はどうすればよいか。	助成対象医療の範囲は県実施要綱別紙1の医療行為とそれに関係する医療と考えています。なお、DPCとして包括算定されている部分については、別紙1の医療行為とそれに関係する医療の部分のみを他と切り分けできないことから、すべてを対象医療として判断して差し支えありません。
35	対象医療	DPC・医療内容の切り分け	出来高請求病院にあっても、特定入院料を算定した場合の取扱いは、DPC算定の例によると理解してよろしいか。	DPC算定、出来高算定にかかわらず、県実施要綱別紙1の医療行為とそれに関係する医療に関係して特定入院料の算定が必要になった場合は、肝がん・重度肝硬変入院関係医療として取り扱っていただいてかまいません。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
36	対象医療	DPC・医療内容の切り分け	DPCではないケースで、肝がん・重度肝硬変とそれ以外(例:脳梗塞)を併発した場合に、入院料を切り離して算定することが難しい場合があるが、その際はどのように取り扱うのか。	入院関係医療が行われ、かつ、他疾患に対する医療との切り分けが難しい範囲については、入院関係医療と考えて差し支えありません。
37	対象医療	DPC・医療内容の切り分け	本事業での現物給付のDPCレセプトにおいては、県実施要綱別紙3の病名は、必ずしも「医療資源を最も投入した傷病名」(医療資源病名)に合致せずともよく、「医療資源を最も投入した病名」、「(定義)副傷病名」、「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を2番目に投入した傷病名」、「入院時併存傷病名」、「入院後発症病名」のいずれかに、県実施要綱別紙3の病名が含まれていればよいとの理解でよろしいか。	レセプト上、主・副傷病名を問わず県実施要綱別紙3の傷病名があり、県実施要綱別紙1の肝がん及び重度肝硬変に対する医療が行われていれば、DPCの医療資源病名等に別紙3の病名が含まれる必要はないと考えています。
38	対象医療	DPC・医療内容の切り分け	「入院医療費をDPC包括算定している部分については、すべてを対象医療として判断して差し支えない。」とのことだが、地域包括ケア病棟や緩和ケア病棟等の包括入院料についても、DPC包括算定の場合と同様に、包括算定されている医療のすべてを対象医療として判断してよいのか。	医療機関において、地域包括ケア病棟入院料、緩和ケア病棟入院料等の包括対象の医療が提供される間に、県実施要綱別紙3の傷病名に対して、別紙1の肝がん及び重度肝硬変に対する医療が行われていれば、包括部分については助成の対象になります。
39	対象医療	DPC・医療内容の切り分け	DPC包括算定の場合は、主たる入院医療が肝がん・重度肝硬変の関係医療の場合に対象にでき、それ以外の疾患が主疾患であるなら対象とはできないと理解しているが、よろしいか。	医療機関において、DPCの算定を行う場合に、県実施要綱別紙3の病名および別紙1の医療行為があれば、包括算定されている部分については医療費を切り分けることができないため、肝がん・重度肝硬変が主たる疾患でなくても、助成の対象となります。
40	対象医療	DPC・医療内容の切り分け	肝がん・重度肝硬変とそれ以外の病気で入院した際に、入院料について切り分けるのはDPC算定ではもちろんのこと出来高制の場合でも難しいという意見を医療機関向けの説明会で頂きました。どうしても切り分けられない場合はすべてを対象医療に含めて差し支えないでしょうか。	切り分けのできない入院料(入院基本料など)は、本事業の入院関係医療に含まれます。ただし、入院基本料等加算のうち、本事業と関連のない加算(例:超急性期脳卒中加算)は、切り分けをお願いいたします。
41	対象医療	DPC・医療内容の切り分け	主疾病が県実施要綱別紙3の疾病名ではなくとも、入院中に、別紙3の疾病名を有して別紙1の医療行為が行われている場合は、DPC包括算定分はまとめて助成対象となるとのことであるが、骨折等他の目的で入院している肝がん・重度肝硬変の患者が、本事業による医療費助成を利用するためだけに、あえて、その入院中に、別紙3の疾病名で別紙1の治療を行ってDPC包括算定により治療を受けるという場合も助成対象となるのか。	入院の主病名、副病名にかかわらず、別紙3の病名に対して行われた別紙1の医療行為を含む入院医療費については、包括算定のため切り分けることができない医療費については助成の対象となります。ご呈示いただいたケースでも助成の対象となります。なお、事業の運用については適切に行っていただくようご周知をお願いいたします。
42	対象医療	優先順位	要綱では、他の法令による公費負担を受けている者は除くとなっているが、当該新規事業である肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の公費負担の優先順位はどうか。	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の法別番号は「38」、実施機関番号は「602」となり、他の公費負担医療との優先順位としては、肝炎治療特別促進事業と同じになります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
43	対象医療	優先順位	重度肝硬変に対する医療について、障害者手帳による医療と対象医療が重なる部分があると思いますが、その場合、公費負担優先順位により、障害者手帳による医療が優先されるということでしょうか。	「障害者手帳による医療」が地方単独事業であれば、当該事業の定めるところによります。
44	対象医療	他公費・制度との併用	肝炎治療特別促進事業の医療費助成と、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の助成は制度上併用が可能になると思うが、その場合の取扱いはどうなるのか。	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は特定疾病給付対象療養であり、他の公費負担医療と併用が可能です。入院時に、本事業に係る入院関係医療が行われたのであれば、その入院において肝炎治療特別促進事業実施要綱に定める対象医療が行われた場合の対象医療を、入院関係医療として取り扱うことは可能です。なお、肝炎治療特別促進事業の対象医療が外来診療のみであった場合は、レセプトが別々となりますので、それぞれの事業で自己負担額が発生することになります。
45	対象医療	他公費・制度との併用	当該事業と肝炎治療特別促進事業の併用に対する取扱いについて、肝炎治療特別促進事業に対してのみ助成対象となる治療費については、当該事業の自己負担とは別に徴収するという考え方で差支えありませんでしょうか。(例:ある月の下旬に助成対象医療による入院があり現物給付によって1万円を負担した者は、同月の下旬に核酸アナログ製剤治療による外来診療が生じた場合、別途月額自己負担額1万円までの費用を支払う必要がある。)	同一の医療機関であっても入院と外来とでレセプトが分かれる場合は、それぞれで1万円の自己負担を求められることとなります。
46	対象医療	他公費・制度との併用	B型の非代償性肝硬変患者の場合、公費の優先順位は肝炎治療特別促進事業に優先するが、入院期間と通院期間での日数の切り分けが可なため、併用もあり得ると説明だったと記憶しておりますが、例えば該当月の入院医療費が高額療養費に達しなかった場合には肝炎治療特別促進事業で入院費を負担するという取扱いはできますか。	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は肝炎治療特別促進事業と同じ法別番号となり、特定疾病給付対象療養として他の公費負担医療との併用が可能となります。事例のケースにおいては、実務においては可能であると考えます。
47	対象医療	他公費・制度との併用	入院治療を受けている間に核酸アナログ製剤の投与があった場合は、核酸アナログ製剤に関する部分も含め自己負担限度額1万円として当事業で請求、別途肝炎治療としての自己負担額は発生しないという理解でよろしいですか。	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱における肝がん・重度肝硬変入院医療中に核酸アナログ製剤の投与があった場合は、核酸アナログ製剤の投与も入院関係医療に含めることができ、入院関係医療の自己負担額(1割～3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、核酸アナログ製剤に関する部分も含めて、自己負担額を1万円とすることができます。
48	対象医療	他公費・制度との併用	肝がん事業の助成要件を満たし核酸アナログ製剤の入院治療を受けている場合、肝炎医療費助成制度を適用するか肝がん事業を適用するかは、指定医療機関の判断による、という理解でよいか。2つの事業に適用の優先順位はない、という理解でよいか。	お見込みのとおりです。なお、重複して給付がなされないよう留意願います。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
49	対象医療	他公費・制度との併用	入院治療中の核酸アナログ製剤については当事業の入院関係医療に含むことができるという事でしたが、それが可能なのは助成を受けられる4/12以上の場合のみであり、3/12以前の核酸アナログ製剤による治療については、県実施要綱別紙1に記載がないことから、当事業での入院関係医療の自己負担額の算定に含めることができないという理解でよろしいですか。また、上記は患者の肝炎治療受給者証の有無に関わらず、同一の取扱いをするものとしてもよろしいでしょうか。(患者が肝炎治療受給者証を持っていなくても、4/12以上の場合には核酸アナログ製剤も入院関係医療に含めて助成対象としてもいいですか)	入院関係医療のカウント数にかかわらず、別紙1の入院医療が行われていれば、入院治療中の核酸アナログ製剤を当事業の入院関係医療に含むことができます。また、核酸アナログ製剤に係る肝炎治療特別促進事業の受給者証の有無は問いません。
50	対象医療	他公費・制度との併用	核酸アナログ製剤については、肝炎助成の受給の有無を問わず、入院医療が行われている場合は、入院治療中の核酸アナログ製剤を当事業の入院関係医療として含めることができるということだが、C型非代償性肝硬変で保険適応となっているインターフェロンフリー治療(マヴィレット配合錠やエプクルーサ配合錠による治療)についても同じ取扱いになるのか。	肝炎治療特別促進事業では、インターフェロンフリー治療を行う場合について、日本肝臓学会肝臓専門医等による診断書とともに、都道府県の認定協議会の審査を経て対象患者と認定されることを条件として助成を行っております。一方、C型非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療(エプクルーサ配合錠による12週間治療)は重度肝硬変(非代償性肝硬変)に対する医療と考えられます。仮に肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業(本事業)における重度肝硬変(非代償性肝硬変)に対する医療とする場合、ご指摘の通り、指定医療機関の医師の判断で治療が可能となることから、肝炎治療特別促進事業での取扱との平仄をとる必要があると考えています。したがって、C型非代償性肝硬変の患者に対する抗ウイルス治療薬については、肝炎治療特別促進事業で対象患者と認定された場合に限り、本事業の対象医療行為として取り扱うことができることとして県実施要綱別紙1において整理いたしました(ただし、重複受給はできない)。なお、C型非代償性肝硬変に保険適用のあるインターフェロンフリー治療はエプクルーサ配合錠による12週間治療であり、他のインターフェロンフリー治療及びリバビリンとの併用によるエプクルーサ配合錠の24週間治療は重度肝硬変(非代償性肝硬変)に対する医療ではないことにご留意ください。また、エプクルーサ配合錠は平成31年2月26日に薬価適用となっている関係上、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療について肝炎治療特別促進事業の対象患者として認定されている患者が、同日以降に入院して同治療を受けた場合は、入院医療とすることができるものとしたします。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
51	対象医療	他公費・制度との併用	ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業に基づく定期検査費用の助成について、肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている者は定期検査費用の助成を受けられないが、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の参加者証の交付を受けている者は定期検査費用の助成を受けることはできますか？。(参加者証交付後の公費の支給対象とならない月や外来通院のみの月に検査費用のみを定期検査費用として償還払いで請求することは可能かどうか)	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の参加者証の交付を受けている場合であっても、定期検査を受けることは可能です。ただし、同じ内容についてそれぞれの事業から助成を受けることはできません。
52	対象医療	他公費・制度との併用	B型・C型肝炎訴訟による給付金対象者も、本事業の対象である(重複は可能である)との理解でよいか。肝炎医療費助成と同じように、重複が可能である、との理解でよいか。	給付金については、B、C型肝炎訴訟はともに、医療記録をもとに救済金を給付するものであり、医療給付を行うものではありません。したがって、肝炎助成と本事業のように医療給付が重複するものではないため、それぞれを受給することは可能です。
53	対象医療	他公費・制度との併用	例えばパーキンソン病で難病法による特定疾患(指定難病)医療受給者証を所持している方が、ウイルス性の肝がんを発症し肝がんに対する治療を受ける場合、指定難病の受給者証ではウイルス性肝がん等の医療費の給付は受けられないが、このケースも対象外となるということでしょうか？。	肝炎ウイルスを原因とする肝がんの治療にあたり、本事業による助成を受ける場合は、参加者証の交付を受ける必要があります。
54	対象医療	他公費・制度との併用	医療機関向けマニュアルの記載例では、それぞれの上限額までを窓口で支払うような形となっていますが、特定疾病給付対象療養となったことで他の公費が入っていた場合には当事業の現物給付はできないという話はなくなったという理解でよいでしょうか。	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は健康保険法施行令第41条第7項の「特定疾病給付対象療養」と位置付けられますので、他の公費負担医療と併用が可能となり、現物給付も可能となります。
55	対象医療	他公費・制度との併用	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業と肝炎治療特別促進事業は、法別番号は38になるということで請求が一緒に来ると思うが、混同しないか。	審査支払機関から送付される連名簿において、実施機関番号(肝炎治療特別促進事業は「601」、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は「602」)別に請求されることになっています。
56	対象患者	参加資格	高額療養費算定基準額を超えた月が、2019年1月、2月にあり、同年の12月前半に超えたので12月後半に窓口申請した場合、①申請要件を満たしているといえるのでしょうか。②かつ12月1日を有効期間開始日とした参加者証を発行することはできるのでしょうか。発行できたら、参加者証の有効期間開始日はいつでしょうか。当方としては、この場合、参加者証の発行月は2020年1月だったとしても、高額療養費算定基準額を超えているのは、2019年2月と同12月の2回であるため(2019年1月はカウント対象外となるため)、そもそも申請要件を満たしていないと考えます。またそもそも参加者証の有効期間開始を2019年12月1日として発行することはできない、と考えます。もし12が可能とお考えであるのならば、その考え方・根拠をお示しください。	例示の12月の後半に申請があった場合のケースでは、12月の前半に退院した際に従来の入院記録票(様式第13号)には入院関係医療のカウントが3/12と記載されますが、医療費の助成の対象となるのは入院関係医療のカウントが4/12の月からとなるため、12月は助成の対象とはならず、12月1日を有効期間の始期とした参加者証の発行はできません。また、2020年1月を有効期間の始期とするには入院関係医療のカウントが足りないこととなるため、県実施要綱第9条第3項の要件は満たしていないこととなります。なお、入院関係医療のカウントが3/12以上になれば参加者証の申請は可能と考えます(仮に2020年1月の時点で入院関係医療のカウントが4/12となり、1月からの医療費助成を受ける見込みがある場合)。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
57	対象患者	参加資格	参加者証が申請できる月は、その月以前に対象要件を満たす入院が既に3月以上あり、かつその月が4月目以上となる見込みがあるときだけということでしょうか。それとも、参加者証が申請できる月は、その月を含めて対象要件を満たす入院が3月以上となっていればよろしいでしょうか。	入院関係医療のカウントが3/12以上になった時点で、翌月に医療の給付を受けること(翌月に4/12以上となること)を見込んで参加者証の交付申請は可能となりますが、翌月に、入院関係医療のカウントが4/12にならないこと(医療の給付を受けることとなる見込みがないこと)が確定している場合には、県実施要綱第9条第3項の要件を満たさないことになるため、翌月の初日を有効期間開始日とした参加者証の発行はできないものと考えます。
58	対象患者	高額療養費関連(制度・基準額)	対象医療の4ヶ月目以降においては高額療養費の適用区分が助成対象の要件を満たしているが、対象医療の1～3ヶ月においては高額療養費の適用区分が助成対象の要件を満たしていない場合においては、助成対象と考えて差支えないでしょうか。	お見込みのとおりです。
59	対象患者	高額療養費関連(制度・基準額)	例えば、参加者証をH31.5.1～H32.4.30の有効期間でお持ちの方で、対象医療の行われた4ヶ月目(例:H31.7助成対象としては1ヶ月目)は高額療養費の適用区分が助成対象の要件を満たしているが、対象医療の行われた5ヶ月目以降(例:H31.8～助成対象としては2ヶ月目以降)においては高額療養費の適用区分が助成対象の要件を満たしていない場合においては、4ヶ月目のみ助成対象となるのでしょうか。	本事業は、参加者証の有効期間内における入院関係医療が、過去12月の間に3月、高額療養費が支給されている場合の4月目以降であった場合に、公費負担の対象となるものです。5ヶ月目以降の医療が「医療費の合計額が少なく高額療養費の支給を受けない」や「所得区分の変更により現役並みの区分になった」などの理由により対象の要件を満たさないのであれば、4ヶ月目のみ対象となります。なお、適用区分が助成対象の要件を満たさなくなった場合は、認定を取り消さなくてはなりません。
60	対象患者	高額療養費関連(制度・基準額)	69歳以下の方で、対象医療の1～3か月においては高額療養費の適用区分がウであったが、対象医療の4か月目以降に適用区分がエとなった者について、1～3か月に高額療養費の算定基準額を超えていれば、4か月目以降は助成対象であるという理解でよいか。	お見込みのとおりです。
61	対象患者	高額療養費関連(制度・基準額)	特定疾病給付対象療養としては異なる医療機関の医療費を合算することはないということについて、 ① 入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えたとする月数のカウント4以上の場合は、償還払い対応においても合算することはないという理解で差支えありませんでしょうか。また、何故合算することはないのかについてご教授ください。 ② 入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えたとする月数のカウント3以下の場合は、同月内に複数の医療機関に入院した場合は、それぞれの医療機関における自己負担額に関わらず(69歳未満においては各医療機関における自己負担額が21,000円以上であるかについて問わない)、入院記録票を記載してもらうことで、入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えたとする月数(入院関係医療のカウント)を+1することができるという理解で差支えないでしょうか。	①については、お見込みのとおりです。特定疾病給付対象療養に係る高額療養費の支給が、健康保険法施行令41条7項等により一の医療機関から受けた一部負担額について行われるとされているためです。 ②について、入院関係医療のカウントとしては、異なる医療機関での入院関係医療の自己負担額の合計額(69歳以下の場合窓口支払額21,000円以上となっていた場合のみ合算可能)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えていた場合もカウントすることができます。医療機関向けマニュアル3を参照して下さい。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
62	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	特定疾病給付対象療養は異なる医療機関の医療費を合算できないとしているが、2以上の医療機関で高額療養費算定基準額を超えたときの当制度の患者自己負担はどうなるのか。	それぞれの医療機関ごとで、自己負担額の支払いを行っていただくこととなります。なお、世帯合算の高額療養費が支給される場合があります。
63	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	入院医療記録票に記載する「入院関係医療の高額療養費算定基準額」は、下記の場合特定疾病給付対象療養の多数回該当の額又は多数回該当適用後の額のどちらが正しいか。 ・同一月に同一の医療機関に複数回入院した(1回の入院医療費では高額療養費の適用とならない)場合は、現物給付不可で償還払いとなり、また②のカウントは出来ない。 ・前月までで①のカウントは7/12以上であり、②のカウントは4/12以上である場合	特定疾病給付対象療養としてのカウント(②のカウント)が、前月の時点で4/12以上であったとしても、当該月において、1回の入院で入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えていなければ、個別の入院時における入院関係医療の高額療養費算定基準額は、多数回該当の適用を受けない高額療養費算定基準額が記載されることとなります。
64	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	助成の対象となる前の月については多数回該当でない高額療養費算定基準額を基準にカウントの対象となるかを判断することとなり、助成対象月については入院記録票のカウント①②ともに特定疾病給付対象療養として的高額療養費算定基準額を基準にカウントの対象となるかを判断するものと思います。 次の場合は、どの算定基準額で判断したらよいでしょうか。 (1)複数の医療機関に入院する等により、助成の対象とはならなかったがカウントの対象となりえるとき (2)参加者証が提示できなかった等により償還払いとなったとき(現物給付であったら多数回該当の月とする)	(1)(2)のいずれの場合においても、現物給付しない場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額については、多数回該当ではない高額療養費算定基準額で判断していただくこととなります。
65	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	医療機関向けマニュアル【資料集3】パターン19の場合、償還払いで特定疾病給付対象療養に該当しないため、入院関係医療の高額療養費算定基準額は多数回該当の適用のない額を記入するようになっています。多数回該当が適用されていても、参加者証を提示しなかったため償還払いになった際は多数回該当を適用しない額が入ると考えてよいでしょうか。また、その場合、パターン19の2回目の入院が医療費120,000円(自己負担額36,000円)だった場合は、算定基準額を下回ることから、償還払いを受けられない(=助成対象外)と考えてよいでしょうか。	前半については、1回目、2回目の入院のそれぞれの「入院関係医療の自己負担額」が「多数回該当の適用を受けた入院関係医療の高額療養費算定基準額」を超えていないことによるものです。パターン19は最終的には、同一の医療機関における入院関係医療の自己負担額の合計が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えているので現物給付はできませんが償還払いが可能となっています。後半の例示のケースについては、18000円+36000円=54000円で入院関係医療の自己負担額の合計が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えていないので、対象外となります。
66	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	入院医療費全体では高額療養費限度額を超えるが、対象医療のみでは、高額療養費限度額に満たない場合には、この月は要件に該当しないこととするのか。	県実施要綱第4条の対象医療(別紙1に定める医療行為とそれに関係する医療)を前提とした場合、対象医療のみで、高額療養費の限度額に満たない場合は、この月は要件に該当しないこととなります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
67	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	特定疾病給付対象療養とする前の3月の入院が高額療養費算定基準額を超えているが、入院関係医療以外もある場合はどう判断すればよいか。	ご指摘のような場合については、入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えているかどうかを確認します。その医療機関に入院関係医療の自己負担額について所定の内容の記載をお願いすることとしています。
68	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	県実施要綱で、給付対象は「入院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)」となっています。例えば、所得区分が一般で、多数回(特定疾病給付対象療養による多数回ではない)に該当する患者の場合、対象医療の医療費が50,000円であるときにはこの「入院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)」に該当するのでしょうか。	この場合において、入院関係医療の高額療養費算定基準額は57,600円であり、入院関係医療では基準額を超えていないため、カウントされないこととなります。
69	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	医療機関向けマニュアルP12に、「※70歳未満の方の場合、窓口支払額が21,000円未満の場合は高額療養費の合算の対象とならない…」となっていますが、「70歳未満の場合、入院関係医療の自己負担額が21,000円未満の場合…」が適切かと思いますが、この考えで合っているのでしょうか。	医療機関向けマニュアルP13に記載のとおり、本事業は高額療養費制度に沿って運用されており、合算の対象についても同様となります。仮に、窓口支払額が25,000円、そのうち入院関係医療の自己負担額が20,000円の場合、高額療養費制度においては合算の対象となることから、入院関係医療の自己負担額が21,000円以上ないと合算しないこととしてしまうと、高額療養費制度における合算の考え方が異なることとなります。また、例えば、3以上の医療機関を転院し、それぞれの窓口支払額が25,000円で、そのうち入院関係医療の自己負担額が20,000円であった場合には、保険診療として高額療養費の支給を受けることができるにもかかわらず、入院関係医療では高額療養費算定基準額を超えないこととなってしまい、窓口支払額が21,000円未満の場合に合算しないこととするのと比べて、厳しい条件が課されることとなります。以上のことから「窓口支払額」で適切となります。
70	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	高額療養費制度については世帯合算が可能な制度であるため、患者本人の医療費以外の費用を合算し、対象となる場合もあるが、それは問題ないという認識でよいか。	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における医療の給付は特定疾病給付対象療養となりますので、患者本人の医療費以外の費用を合算して、入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えるかどうかを判断するということはありません。また、医療費の助成を受けるための準備期間(1月日から3月日まで)においても、患者本人のみの医療費の一部負担額が高額療養費算定基準額を超えたかどうかを判断することとなります。
71	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	高額療養費の算定について、例えば夫婦がともに肝炎治療を受けているなどの場合は合算してもよいのか。それとも個別に計算するのか。	夫婦で個別に計算することとなります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
72	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	本事業における高額療養費の算定については、難病法における支給認定世帯の単位と同様、加入している医療保険に基づく世帯を単位とし、単位となる世帯内に対象となる入院関係医療を受けている者がいる場合、当該医療を受けている者の医療費を合算し、該当か否かを判断するという点でよろしいか(対象となる入院関係医療については、単位となる世帯合算を行うという理解でよろしいか。)	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は特定疾病給付対象療養となりますので、特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額を超えたかどうかは、対象患者(参加者)本人の医療費のみで判断されることになり、同一の保険の世帯に対象となる入院関係医療を受けている者がいても合算されることはありません。なお、同月内に複数の医療機関に入院した場合、それぞれの医療機関で入院記録票に入院記録を記載してもらうことで、入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えたとする月数(入院関係医療のカウント)を+1することができます。
73	対象患者	高額療養費 関連(制度・ 基準額)	世帯按分について、適用するのかわからないのか、適用する場合、どのような書類が必要となるのか。	世帯按分については本事業では適用いたしません。
74	対象患者	高額療養費 関連(実績 期間・回数)	「当該医療の行われた月以前の12月以内に医療機関に入院して肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受けて高額療養費が支給されている月数がすでに3か月以上あるもの」とは、いつが起点となるのか。医療費の助成を受けようとする月の時点で既に3か月以上の実績があれば対象者として取り扱うこととするのか。	令和2年1月からは、弾力的な運用により、医療の給付を受けようとする日の属する月以前の12月以内に医療機関において肝がん・重度肝硬変の入院関係医療を受けて高額療養費が支給されている月数がすでに3か月以上の実績があれば支給対象者となります。ただし、支給を受ける時点では、指定医療機関で入院医療を受けている必要があります。
75	対象患者	高額療養費 関連(実績 期間・回数)	仮にH31.1月～H31.12月の参加証を持っている患者さんについて、過去1年のうちH30.4月、H30.5月、H30.6月に高額療養適用の入院治療がある場合、次の i) ii) のような考え方でよいでしょうか。 i) H31.3月に高額療養適用の入院治療があれば公費助成の適用となる(H30.4月、H30.5月、H30.6月、H31.3月で過去1年のうち4回目の入院治療となる) ii) その後H31.5月に高額療養適用の入院があっても公費助成の対象とならない(過去1年の範囲に含まれるのはH30.6月、H31.3月、H31.5月なので4回目の入院治療とはならない)	お見込みのとおりです。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
76	対象患者	高額療養費 関連(実績 期間・回数)	<p>2020年3月31日までに指定された指定医療機関における遡及適用について、同一の患者が遡及適用期間に複数の医療機関に対象医療で入院し、高額療養費の該当が複数月あった場合において、本事業での高額療養費該当としてカウントできるのは、指定医療機関における入院月のみということで、よろしいか。(下記事例の場合、2019年1月は指定医療機関への入院としては3月目なので、本事業の対象外という理解でよろしいか)</p> <p>【事例】患者Xが2018年12月参加申請し、認定を受け、2019年1月入院分について償還払いを申請</p> <p>2018年 4月A病院(2018年12月指定)に対象医療で入院し、高額療養費該当① 10月B病院(指定なし)に対象医療で入院し、高額療養費該当 11月A病院(2018年12月指定)に対象医療で入院し、高額療養費該当② 2019年 1月C病院(2018年12月指定)に対象医療で入院し、高額療養費該当③</p> <p>※①、②、③は、本事業での高額療養費該当のカウント</p>	<p>お見込みのとおりです。</p> <p>なお、令和2年1月からは、弾力的な運用により、指定医療機関以外の医療機関での入院記録も12月遡って有効(最も遡った場合で平成31年2月のものが有効)となります。</p>
77	対象患者	高額療養費 関連(実績 期間・回数)	<p>入院医療の「継続」について、日にちが連続した入院でなくても、日にちが飛んでいる(細切れ)の入院(日帰り入院含む)を合計して、3か月以上、4ヶ月以上をカウントしてよいでしょうか。例えば、4月に20日間、5月に10日間、7月に1ヶ月間、8月に1ヶ月間、11月に20日間の入院があった場合はどのようになりますでしょうか。</p>	<p>肝がん・重度肝硬変入院関係医療による入院の月数のカウントは、連続した入院であったかどうかではなく、それぞれの月における入院においての、当該入院関係医療の医療費が、高額療養費の支給を受けたかどうかに基づくものになります。事例においては、4月、5月、7月、8月、11月のそれぞれの月の入院における、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の医療費が高額療養費の支給を受けたかどうかによってくることとなります。</p>
78	対象患者	高額療養費 関連(実績 期間・回数)	<p>健康保険法施行令第42条第7項第1号「イ」に「被保険者又はその被扶養者がそれぞれ同一の病院又は診療所から受けた入院療養に係るものであって、同条第七項の規定によるものに限る」となっていますが、2つの医療機関を受診した場合は、「該当しない」との理解でよろしいでしょうか。</p> <p>例えば、1～6月までA病院で入院。(多数回該当適用しない)</p> <p>①7月以降もA病院で入院。(多数回該当適用開始)</p> <p>②7月以降はB病院で入院。(多数回該当適用しない)</p> <p>※前提として、患者自己負担(医療費)は高額療養費の基準額を超えている</p>	<p>7月目の場合、①の場合は「特定疾病給付対象療養」としての多数回該当が適用となりますが、②の場合のように医療機関が変更となった場合は、「特定疾病給付対象療養」としての多数回該当の適用はありません。</p>
79	対象患者	入院記録票	<p>住民票がある都道府県とは別の都道府県の指定医療機関に入院した場合、その都道府県の入院記録票が患者に交付されることになると思うが、他の都道府県の入院記録票を確認して、公費負担すべき対象者であるかを判断しなければならないのか。</p>	<p>お見込みのとおりです。他の都道府県が作成・交付した入院記録票を確認していただくことも想定されますので、各都道府県におかれましては、入院記録票の様式の作成にあたっては、別紙様式例6-1及び令和2年1月からの弾力的な運用に対応する別紙様式例6-2を参考に、他の都道府県の方においても確認が容易なものとなるようにしていただけますようお願いいたします。</p>

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
80	対象患者	入院記録票	入院記録票を交付するのはいつか。過去1年に他院で入院治療している可能性があるため、B・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変と診断された際に交付することを想定しているのか。	従来の入院記録票(様式第13号)については、B、C型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変で指定医療機関に入院した時に、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業制度の説明とともに交付してもらうことを想定しています。入院記録票は、本事業の開始時期を把握するために必要なことから、診断時又は初回入院時のいずれの場合でも交付することができるものと考えています。
81	対象患者	入院記録票	入院医療記録票の記載については、文書料を徴収できないということでしょうか。	従来の入院記録票(様式第13号)の記載は医師によるものではなく、肝炎治療特別事業と同様に医療機関の会計窓口で記載していただくことを考えており、文書料の徴収は想定しておりません。
82	対象患者	入院記録票	入院記録票の記載のタイミングは、指定医療機関への指定後に、みなし期間を限度として遡及してまとめて記載してもかまわないのか。	問題ありません。
83	対象患者	入院記録票	入院記録票の記載時には収入要件は関係なく、B型・C型の肝がん・重度肝硬変による入院関係医療を受けていれば、記載可能という理解でよいのか。	お見込みのとおりとなります。
84	対象患者	入院記録票	別紙様式第13号の入院医療記録票において、「当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント」の欄について、どのような場合に2行記載する事になるのか、例があれば伺いたい。	A指定医療機関で入院関係医療を特定疾病給付対象療養として自己負担額を1万円とした後、同月にB指定医療機関に入院し、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として自己負担額を1万円とした場合となります。
85	対象患者	入院記録票	急遽入院することになった患者が限度額適用認定証を所持していない場合は、入院医療記録票への記載はどうすればよいのか？限度額適用認定証の交付以後でなければ、高額療養費の限度額が判断できないので、入院医療記録票への記載はできないという理解でよいのか？(参加者証の交付前に医療機関で入院医療記録票を記載するケースです。)また、保険料を滞納しているため限度額適用認定証が発行できない者についても、高額療養費の限度額が判断できないので、入院医療記録票への記載はできないのか？(参加者証の交付前に医療機関で入院医療記録票を記載するケースです。)	本事業においては、提出書類として、限度額適用認定証等の提出を求めています。急な入院の場合などは、速やかに代理の方などに取得していただくこととなります。保険料滞納で限度額適用認定証等の交付を受けられない場合は、提出書類の不備となり、認定できないこととなります。
86	対象患者	入院記録票	日付の横の「医療機関名(印)」の欄の記載については、入院記録票の記載を行った機関が、指定医療機関であることを担保するため、印による記載以外は認めないという理解でよろしいか。	従来の入院記録票(様式第13号)の「医療機関名(印)」の欄には、医療機関によって、医療機関名の記載又は押印をしていただくこととなります。
87	対象患者	入院記録票	入院中で同じ月内に保険者が変更となった場合は、入院記録票はどのように記載すべきか。同じ月でも保険者が変わるので、斜線で変更を記載するのか。それとも別の欄に記載を行う形となるのか。	該当する月について、それぞれ保険者ごとの状況を記載してください。なお、保険者の変更があった場合であっても、入院関係医療の自己負担額について、変更前と変更後の合計額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、当該月の入院関係医療のカウントは+1となるので留意が必要です。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
88	対象患者	入院記録票	入院関係医療が「3/12」未満の場合において、入院関係医療が高額療養費算定基準額に達していない月で、窓口負担額が21,000円以上の場合は、なぜ入院記録票への記録が必要となるのか。	本事業は高額療養費制度に沿って運用されており、合算の対象についても同様です。また、本事業では入院関係医療の自己負担額の合計が、入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合に、入院関係医療のカウントが+1となります。従って、入院関係医療のカウント数にかかわらず、1回の入院における入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額に達していない場合であっても、その月のその後の入院によって入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えることとなり、入院関係医療のカウントが+1となる可能性があることから、従来の入院記録票(様式第13号)への記載が必要になります。
89	対象患者	入院記録票	月を跨ぐ入院の際に、肝がん・重度肝硬変入院医療を行わない月において、肝がん・重度肝硬変の治療に関連する入院医療を、入院記録票に記載することは可能か。 【例】12月:入院・画像検査、1月:肝切除術の実施といった際に、12月の医療費は入院記録票に記載可能か(合算等する場合、医療費助成の対象と扱えるのか)	県実施要綱第15条第3項において、肝がん・重度肝硬変入院医療に該当する医療行為が実施された場合に記入することと規定しています。
90	対象患者	入院記録票	9/24~10/3まで入院した場合に、入院医療記録票にどのように記載するのか。こちらでは下記のとおりと考えておりますが、御所見をお聞かせください。9月分は9/24~30までで、10月分は10/1~3として、入院記録票に2月分を記載して、窓口支払額は日数で案分する。	お見込みのとおりです。それぞれの月のレセプトにおける入院関係医療の自己負担額を従来の入院記録票(様式第13号)に記載してください。
91	対象患者	入院記録票	70歳以上の住民税非課税世帯Ⅱの申請者について、入院関係医療の自己負担額は高額療養費算定基準額である24,600円を窓口で支払っており、外来診療で6,000円の窓口支払いをしています。この場合に、窓口支払額と保険診療の高額療養費算定基準額の欄にはいくらの金額を記入するのでしょうか。	従来の入院記録票(様式第13号)は、入院に係る自己負担額や窓口支払額を記載するものであることから、入院関係医療の自己負担額として窓口で支払っている24,600円が記載されることとなります。なお、例示の申請者における高額療養費算定基準額については、入院・外来の合計で24,600円になることから、外来で支払っている6,000円分については、保険者に償還払い請求ができるものとなります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
92	対象患者	入院記録票	<p>参加者証の発行前の時点で、ひと月に、同一の指定医療機関に2回入院しており、1回目の入院で入院関係医療が高額療養費の算定基準額を超えている場合で、2回目の入院について、窓口負担額が0円の場合、入院記録票には、2回目の入院について、「窓口支払額」は0円と記載し、「入院関係医療の自己負担額」には、以下のとおり記載をするという理解でよろしいでしょうか？</p> <p>①2回目の入院関係医療が高額療養費の算定基準額を超えている場合 (【資料集】P35のCase3で、両方とも高額療養費のラインを超えている場合のイメージ) →「入院関係医療の自己負担額」には、「入院関係医療の高額療養費算定基準額」と同じ額を記入する</p> <p>②2回目の入院関係医療が高額療養費の算定基準額を超えていない場合 (【資料集】P35のCase4の左右が逆の場合のイメージ) →「入院関係医療の自己負担額」には、入院関係医療の1～3割の額を記入する</p> <p>また、「日付」「窓口支払額」、「入院関係医療の自己負担額」以外の項目には、2回目の入院についても1回目の入院と同じ額を記載するという理解でよろしいでしょうか？</p>	<p>従来の入院記録票(様式第13号)は、当該月の入院関係医療の自己負担額(1割～3割)が、入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えているかどうかを証明するためのものとなります。従って、同一の医療機関における入院で、1回目の入院で入院関係医療の自己負担額(1割～3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えている場合は、その時点で、「入院関係医療のカウント」が+1されることとなりますので、2回目の入院の際の記録は不要として差し支えありません。</p>
93	対象患者	入院記録票	<p>入院記録票の記載について、限度額適用認定証の交付を受けておらず、窓口支払で3割負担した者で後日、保険者に請求し払い戻しを受けた月を遡って入院記録票に記載をする場合はどのようになりますか。</p>	<p>従来の入院記録票(様式第13号)に入院関係医療の実績を記載するだけなのであれば、限度額適用認定証の交付を受けている必要がありません。医療機関向けマニュアルに記載のとおり、「入院関係医療の自己負担額」の欄に、自己負担額(医療費の自己負担割合(1割～3割)の額。上限は入院関係医療の高額療養費算定基準額)を記入してください。また、窓口支払額の欄は、助成に関するその他の要件を満たし、償還払いを行う場合に必要となる欄であり、実際の窓口支払額を記入していただくこととなります。</p>

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
94	対象患者	入院関係医療のカウン ト	入院関係医療のカウントが4/12以上のときのある月に、複数医療機関に入院(合算すれば高額療養費算定基準額を超える)した場合には、入院関係医療のカウントを+1することはできないのか。	特定疾病給付対象療養としての医療費の助成を受ける場合は複数の医療機関における医療費の合算はできないこととなります。そのため、複数の医療機関での自己負担額を合算しないと高額療養費算定基準額を超えない場合は、特定疾病給付対象療養としてのカウントができないこととなります(健康保険法施行令41条7項)。また、この場合は、1月日から3月日までと同様と考えることができるため、入院関係医療のカウントを+1することはできますが、入院関係医療の自己負担額が「特定疾病給付対象療養」に係る算定基準額を超えることが医療費の助成に必要な条件であり、かつ、「単独の医療機関での医療費」でしか、特定疾病給付対象療養の合算の対象にならないので、たとえ、入院関係医療のカウントが「4/12」以上であったとしても、医療費の助成はできないこととなります。
95	対象患者	入院関係医療のカウン ト	高額療養算定基準額が特定疾病給付対象療養に係る高額療養の算定基準に限らないとありますが、これはつまり保険診療の高額療養基準額が44,400円、特定疾病給付対象療養の基準額が57,600円に該当する月に入院関係医療が50,000円であった場合、特定疾病給付対象療養では基準額までは達していないが、カウント+1となるという理解でよろしいですか。	入院関係医療の高額療養費算定基準額は57,600円であり、入院関係医療では高額療養費の算定基準額を超えていないため、入院関係医療のカウントは+1にされないこととなります。
96	対象患者	入院関係医療のカウン ト	助成が始まるまで(入院関係医療のカウントが3以下)の時期で、既に別の保険診療を受けて高額療養費が多数回該当となっている場合、この時の入院関係医療の自己負担額が50,000円の場合は入院関係医療のカウントは出来るのでしょうか(70歳以上で所得区分が「一般」の場合です)。	入院関係医療のカウントには、健康保険法施行令第41条第1項の多数回該当における高額療養費算定基準額は適用しないので、カウントはできません。
97	対象患者	入院関係医療のカウン ト	医療機関向けマニュアルの「6. 償還払いの事務処理」(6)入院記録票の記載について、入院関係医療のカウントは+1となるが、特定疾病給付対象療養としてのカウントは行わないとありますが、現物給付ができる場合でも参加者証の提示がなかったときや、一回の入院における入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えなかった場合にも、特定給付対象療養としてのカウントは行わないということによい ですか。	ご指摘いただいたケースは、特定疾病給付対象療養としてのカウントはされませんが、入院関係医療としてのカウントがされることとなります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
98	対象患者	入院関係医療のカウン ト	医療機関向けマニュアルの資料集6に関して、2019年12月については入院関係医療と保険診療の合算額が41条第1項(保険診療)の高額療養費算定基準額を超えるとして第1項のカウントが+1となっています。反対に2019年9月は保険診療が基準額を超えていないからという理由で第1項のカウントは行われず入院関係医療のカウントと第7項のカウントが+1となっていますが、これは入院関係医療・保険診療のどちらも単独で第1項・第7項の基準額を超えなかった場合には合算し第1項の対象となるということでしょうか。	2019年9月の例では、保険診療の自己負担額が30,000円、入院関係医療の自己負担額が90,000円であり、前者が保険診療の高額療養費算定基準額の44,400円を超えていないので、41条第1項のカウントはされていません。ここでいう保険診療の自己負担額とは、入院関係医療以外の保険診療の自己負担額を意味しています。第7項は特定疾病給付対象療養としての適用がある(入院関係医療の自己負担額が90,000円であり、高額療養費算定基準額を超えている)ためカウントされることとなります。
99	対象患者	入院関係医療のカウン ト	入院関係医療のカウントの考え方は、下記のとおりという理解でよろしいでしょうか。 【参加証を所持していない患者(参加証申請前等で入院回数カウントのみの患者)】 ・入院関係医療における一部負担額が、当該患者の限度額適用認定証等の適用区分における高額療養費算定基準額を超える場合、入院回数としてカウントする。 ・その際、使用する高額療養費算定基準額は、多数回該当がある適用区分においても、常に単数回の算定基準額を用いる。 ※資料集6 2018年7月から11月まで 【参加証を所持している患者】 ・入院関係医療における一部負担額が、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超える場合、入院回数としてカウントする。 ・その際、使用する高額療養費算定基準額は、多数回該当、保険変更に伴う算定回数のリセット等も含め、特定疾病給付対象療養に係る健康保険法施行令等に従った額を用いる。 ※資料集6 2018年12月から2020年1月まで(参加証2019年12月更新)	(上段について) お見込みのとおり、参加者証申請前で「入院関係医療のカウント」が1/12から3/12までの間においては、多数回該当の概念のある適用区分においても、高額療養費算定基準額は、常に多数回該当を適用しない金額を用いることとなります。 (下段について) 特定疾病給付対象療養としての認定が行われているため、貴見のとおり、特定疾病給付対象療養に係る健康保険法施行令等に従った額を用いることとなります。
100	対象患者	入院関係医療のカウン ト	入院記録票の記載について、入院関係医療も特定疾病給付対象療養もカウントの履歴があるのに「○/12」の欄に記載がないのはどのような場合か。	先月までに、入院関係医療のカウントまたは特定疾病給付対象療養としてのカウントがなされている場合であっても、当該月の入院関係医療の医療費が高額療養費の算定基準額を超えていない場合は、入院関係医療のカウントも、特定疾病給付対象療養としてのカウントも入らないこととなります。当該月において入院関係医療の医療費が高額療養費の算定基準額を超えた場合のみ、従来の入院記録票(様式第13号)に「○」をつけて、「○/12」に数字が入ることとなります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
101	対象患者	入院関係医療のカウン ト	入院関係医療では高額療養費の算定基準額を超えないためカウントが+1されない、というのは、入院関係医療も特定疾病給付対象療養のどちらにもカウントされないという意味でしょうか。	入院関係医療の医療費が高額療養費の算定基準額を超えていない場合、入院関係医療のカウントがなされないの、特定疾病給付対象療養のカウントもされないことになります。なお、この場合、入院関係医療としてのカウントがなされませんが、保険診療としての(健康保険法施行令第41条第1項としての)算定はされるので、保険診療として的高額療養費制度の適用を受けることになります。
102	対象患者	入院関係医療のカウン ト	入院関係医療のカウント及び特定疾病給付対象療養としてのカウントの、どちらにもカウントされないということは、県実施要綱第4条の「一部負担額が高額療養費算定基準額を超える」というのは多数回該当を適用しないと解釈してよろしいでしょうか。	特定疾病給付対象療養としての多数回該当の要件を満たしている場合は、多数回該当の高額療養費算定基準額を適用することになります。
103	対象患者	入院関係医療のカウン ト	下記の事例において、入院関係医療のカウントは、記載したとおりで、よろしいか。 (事例) ○参加証の申請要件(入院関係医療のカウント3月分) 平成30年4月(1月目)、5月(2月目)、6月(3月目) ○平成30年12月に参加証申請(⇒認定) 参加証の有効期間 2018年12月1日～2019年11月30日 上記の場合、2019年6月が助成対象となるには、「2018年7月～2019年5月までの11か月間に3月以上」入院関係医療カウントがあることが必要。あくまで、入院関係医療のカウントであるので、入院関係医療において合算対象基準額を超える患者負担が生じた場合は、入院記録票に記載することができ、入院記録票に記載された患者負担額の合算が、高額療養費算定基準額(単数回)＝特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額(単数回)を超えていれば、カウントできるか。	前段については、2019年6月が助成対象となる条件としては、お見込みのとおりです。 後段については、いわゆる「特定疾病給付対象療養としてのカウント」が4/12に達するまでの考え方としてはお見込みのとおりとなります。 なお、入院関係医療のカウントをするための合算の対象となるのは、参加者本人の医療費の負担額に限ることになります。
104	対象患者	入院関係医療のカウン ト	医療機関向けマニュアル【資料集6】の、2019年7月から2019年11月にかけて41条1項(保険診療のカウント)及び保険診療の高額療養費算定基準額の欄に括弧書きで医療機関としては0/12、57,600円との記載があるが、括弧書きとされている意図は何か。 (6/12多～2/12、44,400円と記載されている理由は何か)	医療機関の変更があった場合の高額療養費算定基準額について、保険者においては、多数回該当の適用を受けるための回数の計算が途切れることはありません。一方、医療機関においては、医療機関同士でのレセプトの共有がなく、変更後の医療機関では、変更前の医療機関の状況を確認できず、多数回該当の適用を受けることとなるかどうか判断できないため、多数回該当の適用を受けない高額療養費算定基準額まで医療機関の窓口で支払いをすることとなります。このような実態を踏まえて記載したものです。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
105	対象患者	医療費附加給付金	県実施要綱第7条第2項第1号について、「保険者が負担すべき」とされているものには、保険者が支給する医療費附加給付金も含まれるか。含まれる場合には、県実施要綱第17条の償還払い請求時において、医療費附加給付金が支給されていることについても確認が必要であると考えがいかがか。	医療附加給付金は、県実施要綱第7条第2項第1号の法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額にあたらないので含まれません。
106	対象患者	医療費附加給付金	医療附加給付金について、都道府県では、償還払いをする際に、医療費附加金が支払われていることについて確認が不要で、支払われていても控除する必要はないという見解でしょうか。	医療附加給付金は、「法の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額」ではなく、保険者が任意に給付されているものであるから、本事業と関連性を有するものではないため、ご質問のとおり取り扱いで構いません。
107	対象患者	適用区分の変更	助成対象期間中、所得の変動により、階層区分が変更されることが想定できるが、変更された結果、階層区分の要件を満たさなくなった場合には、不認定となるのか。	階層区分の要件を満たさなくなった場合には、不認定となり、参加者証の取消をしていただくこととなります。
108	対象患者	適用区分の変更	参加証の有効期間中に、適用区分等が本事業の対象外に変更となった場合、指定医療機関が、参加証所持患者が提示した限度額適用認定証等により、当該患者の適用区分等が本事業の対象外であると認識したときはどのような対応をすることとなるのか。	医療機関向けマニュアルに記載のとおり、事務処理を中断し、都道府県の担当者あてに連絡してください。
109	対象患者	適用区分の変更	①参加者証の有効期間内に、保険者からの連絡又は都道府県等から保険者への照会により、参加者証所持者が、本事業の対象外の所得区分であることが判明した場合、参加者証は自動的に失効という取扱いでよろしいでしょうか。 ②①において、参加者証失効の扱いをした場合においても、参加者証所持者が参加者証を返還しない限り、失効の事実を把握していない指定医療機関が現物給付を行い、不利益を被る可能性があります。かかる事態を予防するため、指定医療機関において現物給付が、ほとんどなされない懸念がありますが、貴室においてお考えの対処策につきましてご教示ください。	自動的に失効するのではなく、対象患者の認定を取り消した上で失効の処理を行っていただくこととなります。
110	対象患者	適用区分の変更	参加者証交付後、有効期限内に所得区分が変更となり、事業対象外と判明した場合の対応はどうなるのか。把握が遅れた場合、返納になってしまうのか。	所得区分の変更があった場合、保険者から都道府県に連絡がくることとなっておりますが、変更があって、事業の対象外となった場合は、対象患者の認定を取り消した上で失効の処理を行っていただくこととなります。本来受給できない期間に受給していた場合には、返納の対応となると考えます。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
111	対象患者	適用区分の変更	社保と国保間で変更となる場合は、区分決定の基準が異なることから、月途中の限度額変更も有り得ると考えますがいかがでしょうか。有り得る場合、同月内に社保(国保)で「ウ」区分だった患者が国保(社保)では「エ」区分となる場合、「ウ」区分期間中の入院関係医療も「ウ」の基準額を超えていればカウントできることから、同月内に「エ」区分となれば助成可能であると考えますが、いかがでしょうか。また、この場合同月のカウント基準額は「ウ」と「エ」どちらの区分によるでしょうか。	月途中の高額療養費算定基準額の変更もあります。同一の医療機関に入院し続けた状態で月途中に保険者の変更があり、高額療養費算定基準額の変更があった場合、入院関係医療のカウントについては、従来の入院記録票(様式第13号)の記載が行われる退院時(または月末)の所得区分の高額療養費算定基準額により判定されることとなります。
112	個人票等	記載日	「個人票」の記載年月日より、「同意書」の記載年月日が前の日付である「臨床調査個人票及び同意書」でも、受理可能であるか？個人票の内容について不備があり、医療機関へ差し替え等を依頼した場合に、同意書の記載日より個人票の記載日が前になる可能性があるため、教えて欲しい。	同意書の記載において「臨床データ(臨床調査個人票等)を提供し」となっておりその内容に関する同意であることから、同意書の日付は臨床調査個人票と同日以降が適切と考えます。
113	個人票等	記載内容	B型またはC型肝炎ウイルスに起因する肝がんまたは重度肝硬変と判断可能な場合は、臨床調査個人票及び同意書の3. 血液検査や4. 身体所見で未記入の項目があっても本事業の参加者として認定することは可能ですか。	検査所見記入欄については、「直近の所見を入力すること」としており、研究班の解析にも用いられるため、認定にあたっては3. 血液検査や4. 身体所見の全項目の記入が必要です。なお、現在もしくは以前にB型、C型肝炎ウイルスに起因する肝がんまたは重度肝硬変と診断されている場合に、認定可能ですので、記載いただく直近の検査所見が、必ずしも重度肝硬変の病態に該当しなくても構いません。
114	個人票等	同意書	様式第7号の「同意書」欄は、申請者が記載するのか。	お見込みの通りです。同意書欄は申請者が記載するものです。
115	個人票等	代諾	患者に告知をしていないなど、本人が本事業に同意できない事情がある場合、家族等が事業参加に同意すれば、臨床調査個人票及び同意書の同意欄は家族等が記入し、本事業の対象にしてよいか。	マニュアルの資料集に臨床調査個人票の記載例をお示ししていますが、全身状態などから参加予定者の同意が取得できない場合について、代諾者による同意を得ることが可能としています。
116	個人票等	代諾	同意書の欄を代諾者が記載する場合、「申請者氏名」の欄は空欄として、括弧内の代諾者欄に代諾者の氏名及び押印を行うという理解でよろしいか。	申請者氏名を記入・押印いただいた上で、代諾者の氏名の記載及び押印をしてください。
117	個人票等	代諾	代諾者の範囲に規定はあるか(何親等以内等)	特にありません。
118	個人票等	医師の説明文書	患者への事業の説明に際して、指定医療機関向けマニュアルに、対象患者に臨床調査個人票を作成し、交付する際には、臨床調査個人票の取扱いについて説明をし、データ提供への同意に関する説明文書を渡すとあるが、「データ提供への同意に関する説明文書」とはどのようなものか。	説明文書は、医療機関向けマニュアル【資料集4】「データ提供への同意に関する説明文書」になります。
119	個人票等	文書料	臨床調査個人票作成に係る文書料は本助成の対象外となるか。	本事業の助成の対象外です。
120	個人票等	文書料	医療機関向けマニュアルには、入院記録表の記載や交付につき文書料をとることの想定はないとのことだが、「臨床調査個人票」は医療機関の裁量で文書料を取ることとしてよいのか。	臨床調査個人票について、文書料の規定は特に設けていませんが、文書料を請求するかは医療機関の判断になります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
121	交付申請	時期	交付申請書の提出時期については、事前を想定しているが、治療を受けた事後でも認められるのか。また、その場合、いつまでに申請することとなるのか。	参加者証の取得のための交付申請書の提出時期については、基本的には事前を想定しています。治療中、治療後でも可能ですが、申請日（＝受付日）の月の1日まで遡って適用することとします。ただし、交付申請時には、発行する見込みの参加者証の有効期間の初月を含む12月中において既に3月以上、入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えている必要があります。
122	交付申請	時期	参加証交付申請を行うタイミングはいつか。肝がん又は重度肝硬変と診断された時点か、又は4回目の入院時まで申請することとして良いのか。	交付申請時には、発行する見込みの参加者証の有効期間の初月を含む12月中において既に3月以上、入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えている必要がありますので、4回目の入院時まで申請していただくこととなります。ただし、参加証は申請日（＝受付日）の月の1日まで遡って適用することとなりますので、すでに公費負担の対象月となっているのにもかかわらず、申請時期が遅いと適用されない月が生じる場合があります。
123	交付申請	添付書類 (税関連書類)	70歳以上で公的医療保険の適用区分が一般の方に提出いただく書類のうち「申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類」について、肝炎治療特別促進事業においては、「肝炎治療特別促進事業に関する問答集(V)」の間41において、課税証明書について「収入がないと考えられる者については、あえて提出を求める必要はないが、必要に応じ申請時での状況(学生、等)について確認を行われたい。」と回答があるが、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業においては、乳幼児や義務教育期間の年齢にある者、学生など、通常は収入がないと考えられる者についても課税等証明書の提出が必須であるのか。それとも、収入がないと考えられる者からの課税証明書の提出を省略した申請を受理することは可能であるのか。	基本的には非課税証明書等の公的な書類により確認していただく必要があると考えますが、収入がないことが、公的な書類によらずとも確認できる場合にはあえて提出は求めなくても構いません。ご指摘の「肝炎治療特別促進事業に関する問答集(V)」の間41の回答も同様の趣旨と考えます。
124	交付申請	添付書類 (入院記録票)	入院記録票は、参加者証交付申請時や償還払い請求時に写しを添付することとしていますが、その写しは当該月以前の12月分全てが必要と考えてよろしいでしょうか。カウントがあれば直近の一か月分があれば確認できそうなものですが。	本事業の要件を満たすことが確認できるようにするため、カウントのある直近の1月分だけでなく、当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額(1割～3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウントが確認できる部分の写しが必要と考えています。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
125	交付申請	添付書類 (入院記録票)	申請時に添付する入院記録票について ①カウント数は申請時点で判断するものとし、仮に申請月以前にカウントが3以上になった月があったとしても、申請月の時点で3未満となる場合は不承認と扱ってよろしいですか。 ②通常有効期限満了の2ヶ月前に参加者へ更新案内を通知しますが、例えば平成31年11月30日に有効期限が切れる参加者が平成31年10月に更新申請をした場合、平成31年10月時点でカウント数3以上であれば更新認定し、有効期間の始期を平成31年12月1日とする参加者証を発行してよろしいですか。(仮に平成31年11月時点ではカウントが2以下になる可能性があったとしても不問とする)	①医療の給付を受けようとする月(申請月から医療費の助成を行うこととする場合は当該月)の時点で、カウントが3/12未満となる場合は、不承認となります。 ②お示しいただいた事例において、11月末日の時点で入院関係医療のカウントが2/12以下となってしまう場合、12月に給付を受ける医療が特定疾病給付対象療養に該当しないこととなってしまうので、12月1日を始期とする参加者証の発行はできません。
126	交付申請	添付書類 (入院記録票)	①平成31年4月の段階で入院記録票のカウントが3(H30.5、H30.6、H30.7にそれぞれカウント)である患者が平成31年5月に申請書を提出してきた場合、申請月から過去12月(H30.6～H31.5)を数えるとカウント2となり不承認となるかと思えます。しかし、患者の持っている入院記録上では最後に記録されているのが平成31年4月(高額療養算定基準額には到達しておらず、記録はされているがカウント3のまま増えていない)の記録である可能性は十分に考えられます。この場合「入院記録票上で確認できる情報ではカウント3で要件を満たしているが、申請は不承認」という事態が発生することになるかと思えますが、このような取扱いで問題ないでしょうか。 ②また、仮に上記のような取扱いとなると患者から不服を申し立てられた場合に入院記録票の情報と実際の判断が異なり説明に大変苦慮します。つきましては、実務上の取扱いにある入院記録票「医療の給付を受けようとする月」とは何により判断するものか(入院記録票で最後の記入月、申請書記入月、都道府県での受理月など)明確な基準をご教示ください。	①については、令和元年5月1日を始期とする参加者証の発行を行うには、平成30年6月から平成31年4月までの11月において、入院関係医療のカウントが3/12以上でなくてはなりません(令和元年5月の医療の給付が、特定疾病給付対象療養となる見込みがある状態ではなくてはならないため)。なお、新規申請であっても更新申請であっても考え方は同じになります。 ②については、申請書の受理月を基に判断してください。
127	交付申請	添付書類 (その他)	肝炎治療特別促進事業と肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業を両方とも申請する場合、肝炎治療特別促進事業の診断書があれば、臨床調査個人票部分を省略して同意書のみで受付することは可能でしょうか。	臨床調査個人票の記載は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業への参加に必要な書類となるため、省略することはできません。
128	交付申請	更新申請	参加者証の有効期間は原則1年間となっているが、更新についてはどのような基準でなされるのか。該当するならば、新規と同様に申請を受け付けるとのことではよろしいか。	申請者の本人確認、公費負担者の確認や所得区分の確認をおこなうために、原則として、個人票等を除く交付申請時と同じ添付書類と、現在受けている参加者証を添付して、都道府県に申請していただくこととなります。なお、保険者照会の関係上、一部の保険者にとっては、7月に更新手続きを行うこととなります。その場合の添付書類については医療機関向けマニュアル【資料集】を参照ください。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
129	交付申請	更新申請	県実施要綱第9条に定める認定を行うにあたって、入院記録票により過去12月以内に指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受けた月数が3月以上あることを確認することとなっているが、これは更新の認定を行う場合も同様の確認が必要となるという理解でよいのか。	更新にあたって、本事業の要件となっている医療の給付を受けようとする日の属する月以前の12月以内(「更新後の参加者証の有効期間の初月を含む12月以内」と同義です)に指定医療機関において高額療養費が支給される肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受けた月数が既に3月以上あることが必要となります。
130	交付申請	更新申請	有効期間がH30.12月～H31.11月の参加者証の交付を受けた者で、H31.12月からの更新申請の時点で、入院関係医療(高額療養費が支給されるもの)が12月以内に3回以上ない場合は、更新の申請ができないことになるのか。	ご指摘のとおり、更新申請に際しては、その条件として、入院関係医療(高額療養費が支給されるもの)が更新後の参加者証の有効期間の初月を含んだ12月以内に既に3月以上あることが必要となりますので、認定の更新はできません。
131	交付申請	更新申請	更新時における「12月以内」は更新申請の申請日の属する月から12月なのか、それとも更新月からなのか、ご教示ください。(なお、更新月とする場合事前に申請いただくことができず、また、保険者照会等に要する期間を考えると、切れ目なく参加者証を患者の手元に届けることは不可能と考えます。)	更新時における12月以内は、更新月からになります。これは、初めて本事業の適用を受けようとする場合に申請するときと同じです。なお、例えば、更新月の前月以前の12月以内に入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超える月数が既に4月以上ある場合等には、更新月の前月に更新申請を行っていただくことが可能と考えています。
132	交付申請	更新申請	平成31年11月30日に有効期限が切れる参加者が更新申請をする場合に、平成31年11月末の時点で入院関係医療のカウントが2/12以下の場合参加者証の発行はできないとのことだが、過去1年間に入院関係医療のカウントが3/12以上ある方についての更新申請を受け付けるため、更新申請の受理可能期間は、有効期間の終了月に限られるという理解でよろしいのか。	事例のケースであれば、令和元年12月の時点で、平成31年1月から令和元年11月までの間における入院関係医療のカウントが3/12以上となっていればよく、更新申請の受理可能期間について特段の定めを設けておりません。
133	交付申請	代理申請	対象者本人が重篤で申請書類が準備できない場合を想定されていることと思いますが、代理人の範囲については制限をかけないのですか。指定医療機関が代理で申請することも可能になりますか。	代理人は、本人のために申請手続きを行い、本人に対して、申請手続きを本人に代理して行ったことを伝える義務を負うことになります。実務上の取扱いにおいて、代理人の範囲を規定・制限することは考えておりませんが、指定医療機関及び指定医療機関の職員が、本人を代理することは想定しておりません。
134	交付申請	保険料の滞納	参加者証の交付後ではなく、そもそも保険料の滞納で限度額適用認定証が交付されなかった場合は、資格要件を満たしていることが確認できない(課税・非課税証明書を提出されても適用区分は判定できないため)ため、受け付け不可、ということではよろしいでしょうか。	限度額適用認定証等が発行される所得区分の場合、所得区分の確認のために限度額適用認定証等が必要であることから、限度額適用認定証等の提出がない場合は参加者証の交付ができないこととなります。
135	医療費の助成	助成の対象	助成対象となるのは「特定給付対象療養」に該当するものが原則であり、例外となる(=償還払いとなる)のは、同一月に同じ指定医療機関に複数回入院し、合算した場合に高額療養費算定基準額に達した場合及び参加者証の交付が遅れて医療費の請求に間に合わなかった場合のみと考えてよろしいでしょうか(入院関係医療が過去1年間で3か月以上あった場合)。	お見込みのとおりです。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
136	医療費の助成	助成額の考え方	世帯で1万円負担となるのでしょうか？	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は特定疾病給付対象療養となることから、世帯合算を行うことはありません。参加者本人の医療費のみが助成の対象となります。
137	医療費の助成	助成額の考え方	特定疾病給付対象としたことで高額療養費の算定基準額はどう変わるのか。高額療養費の算定基準額から月額1万円を差し引いた額が助成されると考えてよいのか。	助成額は、特定疾病給付対象療養として的高額療養費の算定基準額から月額1万円を差し引いた額となります。医療機関向けマニュアルの「7. その他参考資料」を参照してください。
138	医療費の助成	助成額の考え方	入院4月目から起算して4月目(入院7月目)から、多数回該当の高額療養費基準額に対して自己負担額との差額を公費助成という理解でよいのか。例えば70歳以上一般所得区分では、入院7月目から、44,400円に対して自己負担額1万円との差額である34,400円を公費助成。この根拠については、健康保険法施行令第42条第7項第1号「イ」に示されていると理解してよろしいか。	実施要綱に定める3月以上の高額療養費等に係る認定要件を満たした上で、保険法令上の認定を受けて「特定疾病給付対象療養」となることにより、入院4月目から公費助成の対象となり、入院4月目から起算して4月目(入院7月目)から特定疾病給付対象療養として多数回該当の高額療養費算定基準額が適用されますが、正確には、入院4月目から7月目の各月で、その月以前12月以内に既に3月以上の特定疾病給付対象療養の高額療養費に係る要件を満たし、かつ、同一の指定医療機関から受けたものである必要があります。例示の所得区分の場合の44,400円の根拠は健康保険法施行令第42条7項2号イとなります。
139	医療費の助成	助成額の考え方	「償還払いとなった場合は保険診療の高額療養費算定基準額(入院関係医療の高額療養費算定基準額ではない)を支払う」とありますが、助成対象になるのは特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えた場合なので、この場合の支払額は特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額でよろしいでしょうか。	償還払いの場合は、特定疾病給付対象療養としての医療の給付にならないため、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額の適用がありません。従って、窓口では通常の自己負担額を支払うことになります。
140	医療費の助成	現物給付と償還払い	現物給付になるのは同一の指定医療機関の入院4月以上の場合であって、複数の指定医療機関の入院4月以上についてはすべて償還払いという考えでいいですか。一般的には、償還払いはできるだけ回避するのが医療費助成制度の基本的な考えだと思いますが、本事業において複数の指定医療機関の場合は償還払いとする、と判断した理由(考え方)を教えてください。また、そうすると入院医療記録票は、償還払いの証明としてのみ必要である、という考えでしょうか。	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は特定疾病給付対象療養となり現物給付が原則となります。償還払いとなるのは、入院関係医療のカウントが4/12以上となる月において、一つの医療機関において複数回の入院があり、その入院における入院関係医療の医療費の合計額が特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額を超えている場合を想定しています。従来の入院記録票(様式第13号)は、医療機関に記載してもらうものであり、入院の月が4月目に該当していることを容易に分かるようにしているものです。参加者証を発行するための交付申請書の添付書類として、また、現物給付の場合、償還払いの場合ともに、入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えている月数を確認するために活用されるものと考えています。
141	医療費の助成	現物給付と償還払い	県実施要綱第16条について、「肝がん・重度肝硬変入院関係医療(一の指定医療機関における当該医療であって・・・)」と記載がありますが、「一の指定医療機関」とは、文中のどの部分を指しているのでしょうか。	本項は、「同一の指定医療機関」であることを意味しており、現物給付を受けられるのは、同一の指定医療機関において高額療養費が支給されている肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受けている場合に限られることを規定しております。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
142	医療費の助成	現物給付と償還払い	他の公費負担医療が現物給付の場合は、審査支払機関において高額療養費支給や都道府県への公費請求時に調整が行われると考えておりますが、他の公費負担医療が償還払いであった場合には、都道府県で把握できないため、償還払いの際に、重複する部分についてはどのように対応したらよろしいでしょうか。	従来の入院記録票(様式第13号)には、入院関係医療の自己負担額、窓口支払額、他の公費負担医療の支払額を記載してもらうことになっておりますが、詳細は、領収書や診療明細書をもって確認していただくこととなります。
143	医療費の助成	現物給付と償還払い	「償還払いとなるのは、一つの医療機関において複数回の入院があり、その入院における入院関係医療の医療費の合計額が特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額を超えている場合を想定」とあるが、なぜ償還払い対応となるのでしょうか。	複数回の入院(いずれの入院も高額療養費算定基準額を超えない場合)のときは、既に1回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っており、現物給付をすることとしてみようと、自己負担額を1万円とする必要があり、既に支払いをしている分について返戻処理が必要となることから償還払いでの対応をしていただくこととしています。医療機関向けマニュアル資料集7を参照して下さい。
144	医療費の助成	現物給付と償還払い	償還払いの申請に必要な領収書が「指定医療機関」ではなく「全ての医療機関」となっているのは指定医療機関以外のものも必要という意味でしょうか。	全体の医療費から、本事業にかかる分がどのくらいあるのかを確認するため全ての医療機関の領収書が必要になります。
145	医療費の助成	現物給付と償還払い	償還払請求書に、医療記録表、当該月の全ての医療機関が発行した領収書等を添付することとしているが、領収書を紛失した場合はどのように扱えば良いか。領収書の再発行を行わない医療機関がほとんどのため、肝炎治療や指定難病のように、医療機関へ記載を依頼する請求書等での対応は可能か。	実際に医療機関で支払いを行ったことを証明するものとして、償還払いの請求をする際に必ず必要な書類となります。
146	医療費の助成	現物給付と償還払い	償還払い請求書に添付する書類に、「当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書」がありますが、肝がん・重度肝硬変以外の病気を併発していた場合に、領収書・診療明細書では、肝がん・重度肝硬変とその他の病気の区別ができないケースがあると考えられます。難病では、特定医療費に掛かった総医療費と受給者からの領収額が分かる医療費証明書を医療機関等から取得してもらい、添付しています。領収書・診療明細書に代えて医療費証明書を添付させることとして、差し支えないでしょうか。	領収証は、償還払いの際に、実際に支払ったことを証明するために必要な書類として規定しているものですが、必ずしも領収証でなくとも入院関係医療について医療機関に対して支払いが行われていることが証明できれば当該書類で代用することも可能と考えます。また、本事業の入院関係医療を確認するためにも、領収証だけではなく、診療明細書のように医療の内容を確認するための書類の提出も必要と考えます。
147	医療費の助成	現物給付と償還払い	償還払いの請求後、都道府県からの口座振り込み前に、参加者が死亡され、振込先の口座が凍結された場合は、振込決定額はどこに振り込めばよいのか。	この場合、参加者(被相続人)の相続人に金銭債権として相続されていると思われるので、適宜、相続人等と協議してください。
148	医療費の助成	転院・転出・保険者の変更	療養病院等に転院した場合においても、転院先の医療機関が指定されていれば、助成は継続できるか。	転院先の医療機関が指定医療機関であれば助成は継続されます。
149	医療費の助成	転院・転出・保険者の変更	他県の医療機関へ入院した場合はどうなるのか。	入院された他県の医療機関が、その県から指定医療機関の指定を受けている場合であれば、その医療機関における入院も助成の対象となります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
150	医療費の助成	転院・転出・保険者の変更	医療保険が変更となった場合の取扱いについて、保険が変更となれば、別人と見なすのか。申請前であれば、4月以上の入院という要件について、保険が変更となれば、1月目からカウントし直すことになるのか。受給期間中であれば、保険が変更となった場合、受給資格がなくなるのか。また、多数回該当のカウントはリセットされるのか。	保険者が変更となった場合(市町村国保で都道府県内での市町村の変更などを除く。)、特定疾病給付対象療養としてのカウントはリセットされますが、入院関係医療のカウントはリセットされません。従いまして、保険者が変更になったとしても、入院関係医療のカウントが4/12以上となっている場合は、特定疾病給付対象療養としてのカウントが可能であり、助成の対象としての資格は継続されることになります。
151	医療費の助成	転院・転出・保険者の変更	医療保険が変更となった場合であっても、受給資格はなくなるが、多数回該当になるまで(多数回該当の概念のない低所得Ⅰ及び低所得Ⅱを除く)は給付の対象とならないという理解でよろしいか。	変更後の医療保険の所得区分に多数回該当の概念があったとしても、入院関係医療の自己負担額が高額療養費の支給を受けた月数が、当該月以前の12月中に既に3月以上あり、当該月に入院関係医療のカウントを+1した場合(入院関係医療のカウントが4/12以上となる場合)は給付の対象となります。なお、多数回該当の適用は特定疾病給付対象療養としてのカウントが4/12以上になってからとなります。
152	医療費の助成	転院・転出・保険者の変更	(70歳以上の住民税非課税世帯を除き)加入医療保険が変更となった場合、変更前の保険者と変更後の保険者間で、高額療養費等の算定基準の回数が通算される場合のみ、本事業での入院回数が通算可という理解でよろしいか。	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は特定疾病給付対象療養と位置付けているため、入院関係医療のカウントは、保険者の変更があっても継続となりますが、特定疾病給付対象療養のカウントは、保険者の変更があった場合、世帯の継続性が保たれていると保険者が判定した場合を除き、リセットされることになります。
153	医療費の助成	転院・転出・保険者の変更	70歳以上の住民税非課税世帯の場合、高額療養費制度において多数回該当の扱いがない(月の負担上限額が変わらない)ことから、保険変更が生じた場合も入院回数の算定はリセットされず通算するという取扱いでよろしいか。	保険の種別にかかわらず、入院関係医療のカウントは、保険者の変更があった場合でも継続となります。
154	医療費の助成	転院・転出・保険者の変更	月の途中で転居があった場合(保険者の変更なし)は、「1回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っており、現物給付をすることとしてみようと、自己負担額が1万円になることから、返戻処理が必要になってくるため、現物給付NGとする。」とのことですが、医療機関において返戻処理が可能であれば現物給付可能としてよろしいでしょうか。	医療機関において返戻が可能であれば現物給付可能としても構いません。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
155	医療費の助成	転院・転出・保険者の変更	月の途中で保険者の変更がある場合は、「レセプトは保険者別に作成されるので2枚となる。」「保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので1回目、2回目それぞれの入院で現物給付可能。(患者負担2万円)」とのことですが、次のような場合も患者負担2万円ということでしょうか。 ア 同一都道府県内の国保の変更 イ 協会けんぽ等における事業所変更や任意継続などによる記号・番号のみの変更	アについては、「国保加入の資格が継続される」ことにはなりますが、個別の市町村国保から健康保険法施行令第41条第7項の認定を受けなければならないことから、「同一の保険者」として取り扱うことができず、各保険者でそれぞれ負担が発生するため、患者負担2万円となります。 イについては、記号・番号の変更はあっても所得区分に変更がなかった場合は、保険者として行った認定の効果に影響がないと考えられるため、保険者の変更があったとはならないため、患者負担は1万円となります。
156	医療費の助成	複数医療機関に入院	ある月にABCのそれぞれの病院に入院した場合、個別では高額療養費(多数回該当)の上限額に達していなくても3病院分の負担を合算すると自己負担上限を超える場合の把握方法はどうか。	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は特定疾病給付対象療養と位置付けており、異なる医療機関の医療費を合算することはありません。同月内に複数の医療機関に入院した場合、それぞれの医療機関での入院関係医療の自己負担額を合算して高額療養費算定基準額を超えた場合は、高額療養費算定基準額を超えたとする月数(入院関係医療のカウント)を+1することができます。
157	医療費の助成	複数医療機関に入院	参加者が同月内に2か所以上の指定医療機関で入院し、その全てで入院費が高額療養費の算定基準額の上限に達する場合、1か所目の指定医療機関では現物支給(1万円)、2か所目以降の指定医療機関では、一旦高額療養費分を支払い、後から保険者に還付請求することになるのでしょうか。(一部の医療機関では生体部分肝移植術や肝悪性腫瘍ラジオ派焼灼療法等のために、転院を勧めることがあるとのことです。)	特定疾病給付対象療養の適用を受けるためには、同一の医療機関での医療を受けることが前提となります。そのため、それぞれの医療機関で高額療養費算定基準額を超えていればそれぞれの医療機関で、現物支給を受けることができます。その場合、医療機関ごとに1万円を支払い、患者さんの負担は合計2万円となります。
158	医療費の助成	複数医療機関に入院	複数医療機関に入院した場合に、それぞれの医療機関で高額療養費のラインを超えた場合の対応について、ひとつめの医療機関で現物給付をしているので、ふたつめの医療機関では助成対象外となることでしょうか。その場合のカウントはどうなるのでしょうか。	特定疾病給付対象療養の適用を受けるためには、同一の医療機関での医療を受けることが前提となります。そのため、医療費の助成を受ける条件が整っており、それぞれの医療機関で高額療養費算定基準額を超えていれば、それぞれの医療機関で現物支給を受けることができます。その場合、入院関係医療のカウントは、ひとつめの医療機関に入院したときに、従来の入院記録票(様式第13号)に「○」をつけて数字を記載することになります。また、特定疾病給付対象療養としてのカウントは、それぞれの医療機関での記録を入院記録票②の上段下段にそれぞれ記載していただくこととなります。
159	医療費の助成	複数医療機関に入院	特定疾病給付対象療養になってから、5月目は医療機関①、6月目は医療機関②、7月目は医療機関③など、医療機関がまちまちの場合は、多数回該当はリセットされるが助成は可能という考えでよいでしょうか。	特定疾病給付対象療養として認定された後、医療機関ごとに多数回該当の要件に該当すれば多数回該当の高額療養費算定基準額が適用されます。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
160	医療費の助成	複数医療機関に入院	本事業と同様に「特定疾病給付対象療養」である「特定医療費(指定難病)」では、最終的な患者負担月額を1万円としているが、本事業は、同じく「特定疾病給付対象療養」であった「旧特定疾患治療研究事業(難病法以前の難病医療費助成)」同様、指定医療機関別に患者負担月額を適用し、最終的な患者負担はそれらの合計とする扱いであり、公費併用請求がされた場合、都道府県が患者に1万円を償還払いする必要はないという理解でよろしいか。	本事業においては、健康保険法施行令第41条第7項に規定する特定疾病給付対象療養として、高額療養費算定基準額を超えて高額療養費が支給される場合に、対象療養として医療費の助成を行うことができるとなっております。特定疾病給付対象療養として的高額療養費の算定は、同令の規定上、保険者別・医療機関別に行われることになることから、同月内において、複数の医療機関における入院関係医療の医療費がそれぞれ高額療養費算定基準額を超えた場合には、それぞれの医療機関で1万円の自己負担額とする医療費の助成が行われることとなります。従って、肝炎や指定難病の医療費助成のように、都道府県が患者に1万円を償還払いする必要はありません。
161	医療費の助成	保険料の滞納	保険料を滞納している人の取扱いはどうなるのか(一般区分との差額分を誰が補てんするのか)。	参加者証の交付後に保険料を滞納したことで、限度額適用認定証等の交付がされなかった場合、医療機関の窓口では、一般区分の自己負担限度額を負担してもらい、その後、償還払いの請求を受けた際に、限度額適用認定証等の確認により、高額療養費制度の適用区分を確認していただければよいと考えます。(最終的に、都道府県の負担は、本来の高額療養費制度の適用区分における自己負担限度額と1万円との差額のみになるものと考えます。)
162	医療費の助成	保険料の滞納	医療機関の窓口で、一般区分の自己負担限度額を負担してもらい、その後、償還払いの請求を受けた際に、限度額適用認定証等の確認により、高額療養費制度の適用区分を確認する、というのは、70歳以上の場合については、次のとおりの考え方でよろしいか。 ①44,400(又は多数回該当でない場合57,600)円を窓口で自己負担 ⇒②保険者に高額療養費申請 ⇒③保険者から還付44,400-24,600(又は15,000)=19,800(又は29,400)円 ⇒④③がわかる文書の写しを提出し都道府県が償還払い(補足) ①で自己負担が44,400円の場合は高額療養費が支給されていないことを確認する必要があるかと思われます。(一般区分の場合、限度額適用認定証がないので、本当に一般区分なのか、本来は低所得区分であるが限度額適用認定証の手続きを怠っているために一般区分となってしまうのか、はっきりさせる必要があるため。)③の場合でも対応できるように(③がわかる証明書類としては)、当該医療費に対して高額療養費が支給されているか、保険者に証明を書いてもらう方法が良いと思います。また、69歳未満は、償還払い対応という理解でよろしいでしょうか。いずれのケースにおいても、償還払い申請に必要とする書類は何か、ご教示ください。	70歳以上の方で限度額適用認定証等の提出がない場合、医療機関では、一般区分なのか、滞納等の理由により限度額適用認定証等が発行されていないのかの区別がつかないため、一般区分として取り扱うことがあると思われます。低所得の区分の方が、窓口で一般区分の自己負担限度額まで支払った場合は、その後、保険料の滞納等の解消により、限度額適用認定証等が発行されてから、都道府県に償還払いの請求を行うこととなります。都道府県への償還払いの請求の際に、所得区分や保険者に対する償還払いの手続きを行った旨の確認と、証明書類の提出を求めることがあり得ると考えています。 なお、69歳以下の方で、保険料滞納により限度額適用認定証等が発行されていない場合は、3割の自己負担額を医療機関の窓口で支払っていただくこととなります。自己負担額が高額療養費算定基準額に達しており、助成の対象となっているときは、限度額適用認定証等が発行されてから、保険者と都道府県に償還払いの請求をすることとなります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
163	医療費の助成	窓口支払額	同一の医療機関に2回入院した場合において、1回目の入院で高額療養費算定基準額を超えて自己負担額一万円を徴収した場合は、2回目の入院では自己負担額を徴収する必要はないという理解でよろしいでしょうか(月途中で保険変更があった場合に2万円になることが不公平に思えはしますが)。	お見込みのとおりとなります。 同一の医療機関での入院なのでレセプトは1枚になることから、2回目の入院時に入院関係医療しかなかったのであれば、1回目の入院時に現物給付が行われた場合は2回目の入院時の窓口負担はないこととなります。
164	医療費の助成	入院記録票の写しの添付	指定医療機関が審査支払機関へレセプト請求する際に、入院記録票の写しを添付することとしてもよろしいでしょうか。(レセプトからは請求金額や過去12月の入院月数が正しいのが確認できない、との意見があったため質問するものです。)	差し支えありません。
165	その他	生活保護	生活保護は対象外という理解でよいか。	生活保護受給者については、本制度は医療保険制度の被保険者または被扶養者である対象患者の保険診療を助成対象とする制度であることから、生活保護制度の被保護者のうち、医療保険に加入している者は本制度の対象となるが、医療保険に加入していない者は対象になりません。
166	その他	本人死亡時の取扱い	本人死亡の申出があった場合、遺族等から参加終了申請書の提出は必要ですか？	参加者本人が死亡した場合に、遺族等から参加終了申請書の提出を求める必要はありません。
167	その他	本人死亡時の取扱い	①既に死亡した者の参加者証の交付申請は可能か ②参加者証の交付申請時に生存していれば、認定審査(臨床調査個人票の内容審査、保険照会等)を終え、参加者証を交付するまでに死亡した場合でも、参加者証の交付対象となり、生存時にかかった対象医療費については、償還払い請求の対象となると考えて差支えないか。	①参加者証は、その交付を受けた後、医療の給付を受けた場合において、その医療費の助成を行うためのものです。死亡者が参加者証の交付申請を行うことはできません。 ②死亡者に対して参加者証の交付決定を行うことは考えていません。
168	その他	本人死亡時の取扱い	死亡者に対して参加者証の交付決定を行うことは考えていないとのことですが、申請し承認期間内であるのに参加者証の交付決定前に死亡が確認された場合には、生存時にかかった医療費を助成することは出来ないのでしょうか。参加者証の交付が出来ない理由をご教示ください。	参加者証は、その交付を受けた後、医療の給付を受けた場合において、その医療費の助成を行うためのものであるため、死亡者に対して参加者証の交付を行わないためです。(死亡により、医療保険各法の被保険者としての資格を喪失することにもなりますし、事業の対象となる患者でもなくなり、そもそも交付時点で権利能力の主体でもなくなります)。
169	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	目的	弾力的な運用を行う目的は何か。また、令和2年1月1日施行とする理由は何か。	今回の運用の弾力化は、当該事業の利用が当初の見込みを下回っているという課題を踏まえ、肝がん・重度肝硬変の患者がより制度にアクセスしやすくなるようにするために行うものであります。実態把握の結果を待たずに、指定医療機関の確保を図り、助成の必要な患者が円滑に事業につながるよう行うものであるため、ご理解いただくようお願いいたします。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
170	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	認定手続き	指定医療機関以外の医療機関で3月入院した段階で参加者証の交付申請が行われることがありうるということか。その場合、個人票等は指定医療機関以外の医療機関が作成するのか。	対象患者として認定して参加者証の交付を行うためには、指定医療機関の医師が記載する臨床調査個人票及び同意書を添付して都道府県に申請する必要があります。1月目(1回目)から3月目(3回目)まで入院した医療機関が指定医療機関でない場合は、既に指定を受けている他の医療機関の医師に臨床調査個人票を記載してもらえば、参加者証の申請及び交付は可能となります。
171	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	臨床調査個人票	臨床調査個人票及び同意書は、指定医療機関の医師が記載するという点は変わらないということでしょうか。	お見込みのとおり変更ありません。
172	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	医療費の助成	患者本人の入院する医療機関が指定医療機関の要件を満たさず、入院4月目に入った場合は、本事業の助成対象となるのか、ならないのか。	入院医療費の助成は、入院4月目以降に指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院医療を受けた場合でしか行うことができないという規定に変更はないため、指定医療機関以外の医療機関に入院した場合は、その入院医療費の助成はできません。
173	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	医療費の助成	最初の3月までは指定医療機関以外の医療機関で入院治療を受けたのち、4月目までに指定医療機関に転院した場合も、この弾力的な運用に該当するのか。	設問のケースにおいて、4月目(4回目)の入院が、弾力的な運用が開始となる令和2年1月以降の場合は、医療費の助成を受けることができます。
174	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	指定医療機関以外の医療機関での入院	4月目以降に入院した医療機関が指定を受けなかった場合の取扱いについて御教示願う。	入院医療費の助成ができるのは指定医療機関において入院した場合でなければならないという規定に変更はないため、指定の働きかけを受けたにも拘わらず指定を受けなかった医療機関に入院した場合は、認定を受けて参加者証の発行を受けた方であっても医療費の助成を受けることはできないこととなります。
175	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	入院記録票の取扱い	指定医療機関以外の医療機関に入院した場合として新設された入院記録票(様式第13-1号)に、添付書類として領収証や診療明細書が必要なのはなぜか。	当該医療機関での入院で受けた医療の内容が、肝がん・重度肝硬変入院医療であったかどうかを確認するために添付を必要としているものです。
176	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	入院記録票の取扱い	様式第13-1号の取扱いは、従来の入院記録票(様式第13号)と同じで参加者証の申請や償還払いの際にその写しの提出が必要ということでしょうか。	お見込みのとおりです。なお、様式第13-1号による入院記録票は、患者の方が自ら記載する鑑文に、領収書及び診療明細書等の肝がん・重度肝硬変入院医療を受けたことを確認することができる書類が添付されている必要があります。従って、写しとしては、鑑文と領収書及び診療明細書のセットの写しが必要となります。
177	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	入院記録票の記載	現行の入院記録票の記載は指定医療機関の役割だが、申請までの3か月目の入院までは指定医療機関以外の入院もカウントの対象ということは、指定医療機関以外でも記載可能となるという整理で良いか。	お見込みのとおり、指定医療機関以外の医療機関においても従来の入院記録票(様式第13号)の記載が可能となります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
178	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	入院記録票の記載(文書料)	指定医療機関以外の医療機関が入院記録票等の作成に協力したとして、作成にあたり文書料を請求したとしても、指定医療機関ではないので請求はやむを得ないということか。(入院記録票作成については文書料を取らないということでこれまで案内しているため)	従来の入院記録票(様式第13号)において、医療機関による記載が必須の項目は「入院の期間」「医療機関名」「入院関係医療の自己負担額」「入院関係医療の高額療養費算定基準額」とカウント関係の箇所しかないことから、診断書に相当する臨床調査個人票とは異なり、文書料が発生することを想定しておりません。また、指定医療機関以外の医療機関が様式第13号に記載しない場合であっても、入院関係医療を受けたことを患者の方が証明することができるよう、指定医療機関以外の医療機関用の入院記録票(様式13-1号)を新たに設けましたので、こちらを活用いただくこともできることとなります。
179	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	カウントの管理	カウントの管理は指定医療機関、指定医療機関以外の医療機関と患者のうち誰が行うことになるのか。	従来の入院記録票(様式第13号)について、「入院の期間」「医療機関名」「入院関係医療の自己負担額」「入院関係医療の高額療養費算定基準額」とカウント関係の箇所については、医療機関に記載していただくかなければなりませんが、指定医療機関以外の医療機関が様式第13号に記載をしない場合であっても、入院関係医療を受けたことを患者の方が証明することができるよう、指定医療機関以外の医療機関用の入院記録票(様式13-1号)を新たに設けました。そのため、患者の方は、様式第13号や様式第13-1号+診療明細書等を入院する医療機関に提示することになり、指定医療機関及び指定医療機関以外の医療機関が様式第13号に入院記録を記載する場合は、様式13-1号+診療明細書等の内容を踏まえて記載していただくこととなります。従って、患者の方にも、入院記録の管理に関わっていただくことが必要になると考えております。
180	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	カウントの考え方	入院記録票の記載が有効となる始期について、現行は、実施要綱のみなしにより指定の効力を生じるとされた日から1年前から可能としているが、どのような取扱いとなるのか。	弾力的な運用により、令和2年1月の時点で、過去12月において指定医療機関以外の医療機関におけるものも含めて3月以上入院関係医療を受けていた場合も医療費の助成ができるよう、最も遡った場合で平成31年2月の指定医療機関以外の医療機関における入院記録が有効(入院関係医療のカウントを+1できる)となります。ただし、指定医療機関以外の医療機関における入院記録を有効なものとして医療費の助成ができるのは、令和2年1月以降に、指定医療機関において入院関係医療を受けて、入院関係医療のカウントが4/12以上になった場合となります。従って、入院関係医療のカウントについては、弾力的な運用の開始に伴い、全ての医療機関において、医療費の助成を受ける月を含めて12月遡った入院記録(最も遡った場合であっても平成31年2月のもの)が有効となります。

No	カテゴリー	項目	御質問の概要	回答
181	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	カウントの考え方	患者の方が入院している医療機関Aが指定医療機関となったため参加者証を交付したが、その後転院先の医療機関Bが指定医療機関となることを希望しなかった場合、医療機関Bの入院関係医療費は助成対象外となるが、高額療養費自己負担限度額を超えた場合のカウントは継続するというのでよいか。	お見込みのとおりとなります。
182	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	カウントの考え方	参加者証交付後に、指定医療機関以外で入院した場合は、入院回数のカウントとしても不可という扱いとなるのか。	参加者証の交付の前後にかかわらず、指定医療機関以外の医療機関に入院して高額療養費算定基準額を超えた場合であっても、入院関係医療のカウントを「+1」することができることとなります。
183	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	カウントの考え方	参加者証交付後、助成できるかどうかのカウントについても、指定医療機関以外の医療機関の入院を含めるということによろしいか。	お見込みのとおり、参加者証の交付後に指定医療機関以外の医療機関に入院した場合であっても、入院医療費が高額療養費算定基準額を超えた場合は、入院関係医療のカウントを「+1」することができます。
184	弾力的な運用(令和2年1月1日施行)	入院記録票が混在するケース	ある月に、指定医療機関と指定医療機関以外の医療機関に入院し、従来の入院記録票(様式第13号)と新たな入院記録票(様式第13-1号)とが同じ月に混在するようなケースはあるのか。その場合はどうすればよいか。	2つの様式が混在する場合は、指定医療機関が様式第13号を記載する際に、当該月の入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えているかどうかを計算し、入院関係医療のカウント等について適切な記載をしていただくことを想定しています。なお、指定医療機関での入院後に指定医療機関以外の医療機関に入院したために2つの様式が混在してしまった場合など、当該月には、当該月の入院関係医療のカウントが様式13号に記載されることにならなかった場合であっても、本事業において医療費の助成を受けるには指定医療機関での入院が必要であることから、指定医療機関が様式第13号の記載をする際に、様式第13号に、その時点の適切な入院関係医療のカウントを記載していただくこととなります。指定医療機関以外の医療機関のみに3月(3回)入院した方が参加者証の交付申請をされた場合は、都道府県において様式第13号を患者の方にお渡しするとともに、次に医療機関に入院する際に、医療機関に対して、入院関係医療のカウントについて適切に記載していただくよう依頼が必要な旨を患者の方に伝えてください。