

長崎県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業へのご質問に対する回答

番号	項目	ご質問等	回答
1	文書料について	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。医療機関の裁量で文書料を取ることとして差し支えありません。
2	転院した場合	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、リハビリ目的で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。	指定医療機関において、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、「別添2」の傷病名に対して「別添3」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になります。なお、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ことはできませんので、ご注意ください。
3	肝炎との併用について	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。
4	DPC	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。	指定医療機関において、DPCの算定を行う場合に、実務上の取扱い「別添2」の病名および「別添3」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。
5	更新の認定について	他都道府県からの転入時における更新申請の条件としても、「入院関係医療（高額療養費が支給されるもの）が過去12月以内に既に3月以上あること」が認定の条件となるか。また、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（認定期間が切れる月）からなのか	他県からの転入の場合には3月に係る要件を満たす必要はありません。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ことが可能と考えています。
6	制度の併用について	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るか。（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、定期検査費助成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）。
7	助成対象について	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。

番号	項目	ご質問等	回答
8	自己負担額	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のようなのか。	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になります。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。
9	入院記録票の記載	入院医療記録票の②「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、同一月に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。
10	償還払いについて	マニュアルで「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(保険診療)の自己負担額を支払うことになります。
11	肝がん・重度肝硬変の診断・認定基準	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、ウイルス型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、ウイルス型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」に医師に記載いただいた上で、県の認定協議会で審議することになります。
12	申請時の入院記録票について	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思うが、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ことか。	事例のケースであれば、平成31年12月の時点で、平成31年1月から同年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。
13	入院記録票の記載	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。	入院記録票の「医療機関名(印)」の欄には、指定医療機関によって、指定医療機関名の記載又は押印をしていただくことになります。
14	臨床調査個人票の交付について	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」で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。	実務上の取扱い別添1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。
15	退院時処方	本事業での退院時処方の取扱いはどうなるのか。	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、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。

番号	項目	ご質問等	回答
16	DPC算定について	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く、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。
17	対象医療について	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か。また、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よいか。	お見込みの通りです。
18	更新申請の添付書類	参加者証の有効期間の終了後、更新申請が更新月よりも後となり有効期間が継続しない場合は、新規申請の取扱いとなり、個人票等の添付が必要となるのか。	参加証の有効期間終了後に参加者証の交付申請を行う場合は、原則として新規申請扱いとなりますが、個人票等が過去に提出されていたことを確認(終了申請書が提出されている場合を除きます。また、他県への照会による確認を含みます。)できる場合に限り、個人票等の添付は省略できます。