

Ver1.11

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業 取扱いマニュアル（医療機関向け）

令和2年4月1日

厚生労働省健康局

がん・疾病対策課肝炎対策推進室

目次

1. 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の概要.....	3
(1) 肝がん・重度肝硬変とは.....	3
(2) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の趣旨.....	3
① 目的.....	3
② 実施主体.....	3
③ 本事業のイメージ.....	3
④ 参加者の要件.....	3
⑤ 医療費の助成の概要.....	3
⑥ 研究の概要.....	5
2. 指定医療機関の申請.....	7
(1) 指定医療機関について.....	7
(2) 新規申請について.....	7
(3) 変更の届け出.....	8
(4) 辞退・取消について.....	8
3. 対象患者.....	9
(1) 条件.....	9
(2) 年齢区分と適用される階層区分.....	9
4. 肝がん又は重度肝硬変の患者への対応.....	10
(1) 入院記録票.....	10
① 入院記録票とは.....	10
② 入院記録票の交付について.....	10
③ 入院記録票への医療記録の記載について.....	11
④ 入院記録票の活用について.....	12
⑤ 入院記録票の記載方法（記載例）.....	12
(2) 臨床調査個人票（同意書）.....	17
① 臨床調査個人票（同意書）の説明.....	17
② 臨床調査個人票の書き方（記載例など）.....	17
(3) 申請から参加者証の交付まで.....	17
(4) 参加者証の確認事項と方法（本人確認・所得確認など）.....	18
5. 現物給付の事務処理.....	20
(1) 現物給付とは.....	20
(2) 所得区分の確認と入院記録票の提示.....	20
(3) 医療費の整理.....	20
(4) 窓口対応.....	21
(5) レセプトの書き方.....	21
(6) 入院記録票の記載.....	21
6. 償還払いの事務処理.....	22
(1) 償還払いとは.....	22
(2) 所得区分の確認と入院記録票の提示.....	22
(3) 医療費の整理.....	22
(4) 窓口対応.....	23
(5) レセプトの書き方.....	23
(6) 入院記録票の記載.....	23
7. その他参考資料.....	24

【このマニュアルについて】

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業取扱いマニュアル（医療機関向け）及び、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業取扱いマニュアル（医療機関向け）【資料集】は、厚生労働省 肝炎等克服政策研究事業「肝がん・重度肝硬変の治療に係るガイドラインの作成等に資する研究」（研究代表者：東京大学大学院医学系研究科消化器内科学 小池和彦）の協力のもと作成されました。

本マニュアルにおける略語は次のとおりです。

名称	略語
非代償性肝硬変	重度肝硬変
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業	本事業
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証	参加者証
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書	交付申請書
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票	入院記録票
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書	指定申請書
肝がん・重度肝硬変入院医療	入院医療
肝がん・重度肝硬変入院関係医療	入院関係医療
臨床調査個人票	個人票
臨床調査個人票及び同意書	個人票等

なお、本マニュアルにおける「肝がん」及び「重度肝硬変」は、１（１）の記載を除き、全て、Ｂ型肝炎ウイルス又はＣ型肝炎ウイルスによるものをさします。

1. 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の概要

(1) 肝がん・重度肝硬変とは

- ・肝がん及び重度肝硬変は、慢性肝炎、肝硬変（代償性肝硬変）を経て進行していく一連の病態の最終段階とされ、その多くは肝炎ウイルス（B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス）が原因です。
- ・肝がんは再発率が高く、長期的に治療を繰り返すことが多く、重度肝硬変では、肝性脳症、食道・胃静脈瘤、特発性細菌性腹膜炎等の合併症の治療を繰り返すことがあります。

(2) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の趣旨

①目的

- ・本事業は、B型肝炎ウイルスまたはC型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の患者の医療費の自己負担軽減を図りつつ、最適な治療を選択できるようにするための研究を促進する仕組みを構築することです。

②実施主体

- ・都道府県

③本事業のイメージ

- ・本事業は保健事業（医療費の助成）と研究事業に分かれています。

④参加者の要件

- ・B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変
- ・世帯年収約370万円未満
- ・研究班への臨床情報提供に同意
- ・上記をすべて満たして、都道府県知事から本事業の対象者として認定を受けた者

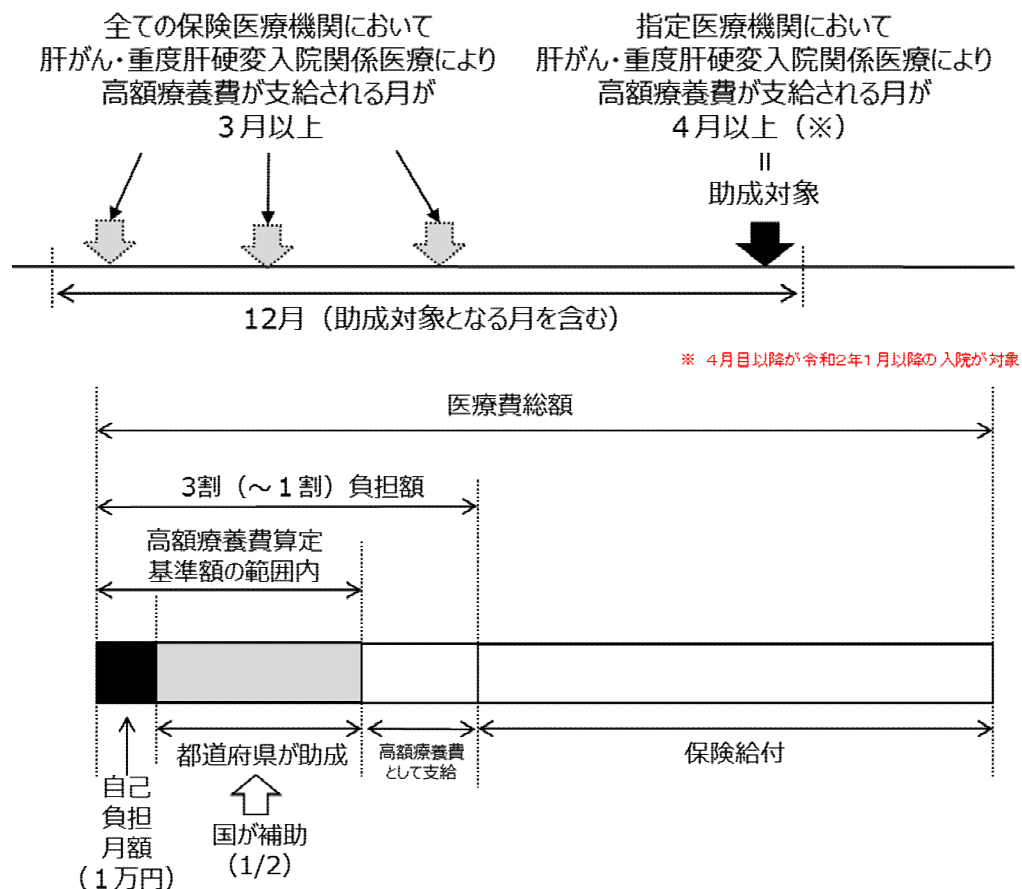
⑤医療費の助成の概要

- ・指定医療機関で入院関係医療に要した医療費が高額療養費算定基準額に達しており、その月以前の12月以内に保険医療機関で入院関係医療（高額療養費算定基準額に達しているもの）を受けた月数が既に3月以上ある時、その月の入院関係医療（高額療養費算定基準額に達しているもの）は特定疾病給付対象療養（健康保険法施行令第41条第7項等）と位置付けられ、参加者はその月の入院関係医療の医療費の自己負担額が1万円となります。
- ・自己負担額が1万円となった月（特定疾病給付対象療養としての給付を受けた月）が同一の指定医療機関でその月以前の12月以内に4月以上ある時は、その月は特定疾病給付対象療養として高額療養費多数回該当の適用を受けます。
- ・肝炎治療特別促進事業（健康保険法施行令第41条第1項第2号の特

定給付対象療養）や難病医療費（特定疾病給付対象療養）など、同じ月に他の公費負担医療があった場合は、入院関係医療の自己負担額（１万円）に他の公費負担医療の自己負担額が積み上がっていくことになります。

- ・ 指定医療機関において、本事業の自己負担額（月１万円）を支払う場合（現物給付）と、保険給付における自己負担額の支払いを行った上で、都道府県に償還払いの請求を行うことによって、本事業における自己負担額との差額の償還をうける場合があります。
- ・ 本事業は、特定疾病給付対象療養として医療費の助成を行うこととなりますので、自己負担額が１万円となるのは、「医療機関ごと」「保険者ごと」に自己負担額（医療保険における自己負担割合である１割～３割の額）が、高額療養費算定基準額を超えた場合になります。
- ・ 事業の概要及び事務フロー（全体のフロー図及び事務フローの例）については、「７．その他参考資料」を参照ください。

【助成制度のイメージ】



【注意点】

本事業は、肝がんや重度肝硬変の入院関係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）の処方と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、退院時処方を入院関係医療に含めて、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します。

⑥研究の概要

- ・ 研究は厚生労働省肝炎等克服政策研究事業における研究班（「7. その他参考資料」に記載）において実施します。
- ・ 研究班は、国（厚生労働省）に提出された個人票等の写しの提供を受けて、個人票に記載された状況等についての解析を行います。

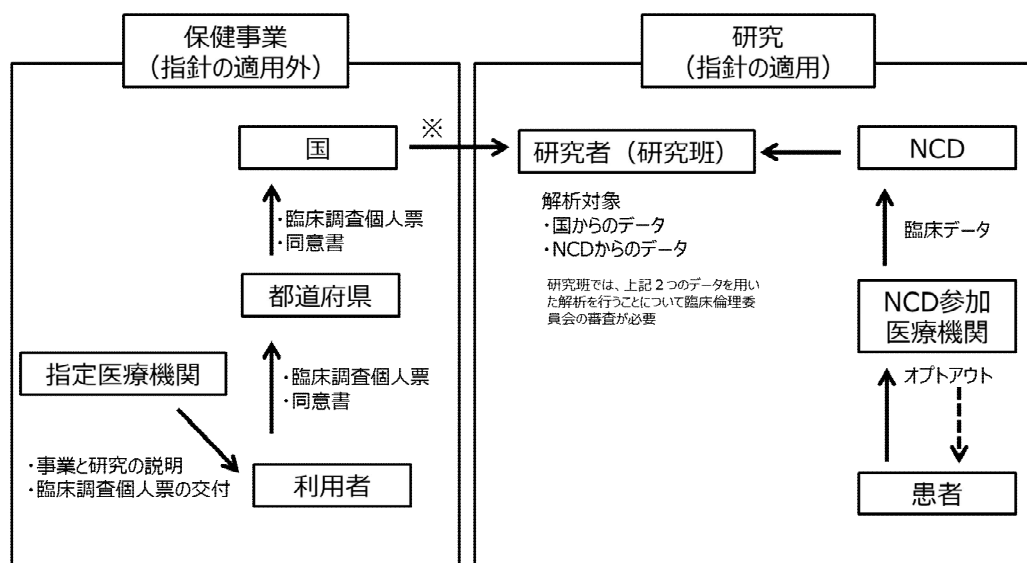
※研究班では国（厚生労働省）から個人票等の提供を受けて解析を行うことについて臨床倫理委員会で承認を受けています。

- ・ 指定医療機関は、個人票を作成して参加者に交付する時に、「本事業では、国（厚生労働省）が個人票等の写しを研究班に提供することについての同意が必要」であることを、国（厚生労働省）に代わり説明してください。また、指定医療機関において、研究班に提供することについての同意を参加予定者から得るようお願いします。

※指定医療機関が研究班に対して個人票等の提供を行うものではないため、それぞれの指定医療機関において、臨床倫理委員会の承認を得る必要はありません。

- ・ なお、医療機関は指定医療機関に指定されたことにより、研究事業について症例の登録や臨床データの入力といった負担が増えることはありません。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における 事業と研究の関係



※国が事業として臨床調査個人票等を研究班に提供（利用者の同意取得が望ましい）

指針：人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成29年2月28日一部改正）

【参考】実施要綱 7 臨床調査個人票等

- （１）都道府県知事は、４の定めるところにより、都道府県知事に認定を受けた患者から提出された個人票等の写しを認定があった翌々月の１５日までに厚生労働大臣に提出しなければならない。
- （２）厚生労働大臣は、肝がん・重度肝硬変の治療効果、生命予後や生活の質を考慮し、最適な治療を選択できるようにするための研究を適切に行えると認める者に対し、前項の規定により都道府県から提出された個人票等の写しを提供する。

2. 指定医療機関の申請

(1) 指定医療機関について

- ・ 本事業で、肝炎ウイルスに起因する肝がん又は重度肝硬変の患者が医療費の助成を受けるためには、住民票のある都道府県の知事が指定する「指定医療機関」で入院関係医療を受ける必要があります。
- ・ 医療機関が本事業の「指定医療機関」の指定を受けるためには、都道府県（原則として当該医療機関が住所を持つ都道府県）の知事に対して申請の手続きを行う必要があります。

【指定医療機関の要件】

- ・ 本事業の実施に協力することができる保険医療機関であること。
- ・ 肝がん・重度肝硬変入院医療を適切に行うことができること。

【指定医療機関の役割】

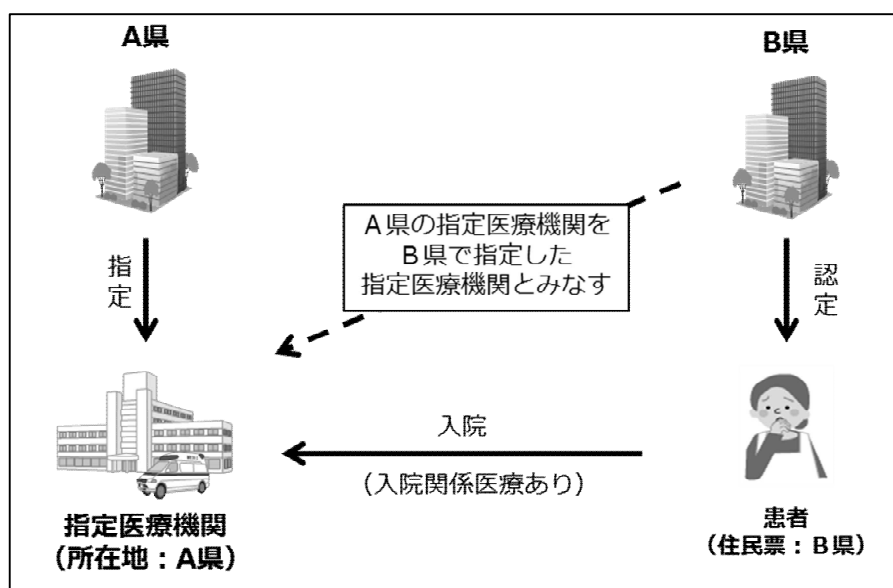
- ・ 肝がん又は重度肝硬変の患者に対して、本事業についての説明及び入院記録票の交付を行うこと。
- ・ 入院記録票の記載を行うこと。
- ・ 患者から依頼のあった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療に従事している医師に臨床調査個人票等を作成させ、交付すること。
- ・ 本事業の対象となる入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。
- ・ その他、指定医療機関として本事業に必要な対応について協力すること。

(2) 新規申請について

- ・ 本事業における指定医療機関としての指定を受けようとする医療機関は、指定申請書（実務上の取扱い別紙様式例8）により、医療機関が所在する都道府県知事あてに申請を行います。
- ・ 都道府県知事は、本事業における指定医療機関の指定を行った後、厚生労働大臣に指定した医療機関の報告を行います（実務上の取扱い別紙様式例9）。この情報は、国立国際医療研究センター肝炎情報センターが運用する肝炎医療ナビゲーションシステムに提供し、同システムにおいて指定医療機関の検索が可能となります。

【肝炎医療ナビゲーションシステム】 <https://kan-navi.ncgm.go.jp/>

- ・本事業において、都道府県（Ａ）において知事から指定を受けた指定医療機関は、都道府県（Ｂ）において知事から認定を受けた肝がん又は重度肝硬変の患者（参加者）が入院した場合であっても、都道府県（Ｂ）は当該指定医療機関を自らが指定した指定医療機関とみなすため（実務上の取扱い７（３））、指定医療機関が改めて、都道府県（Ｂ）の知事に対して指定医療機関の申請を行う必要はありません。



(3) 変更の届け出

- ・指定申請書の内容について変更があった場合は、速やかに都道府県知事に届け出をお願いします。

(例) 指定医療機関の名称、所在地

開設者の住所、氏名または名称 など

(4) 辞退・取消について

- ・指定医療機関の指定を辞退するため指定医療機関の指定の取消を求める場合は、指定を行った都道府県知事に届け出なければなりません。その際、参加者の利用に支障がないように、十分な時間的余裕をもって事前に届け出ることが必要となります。
- ・都道府県知事が指定医療機関の要件を満たしていないと判断した場合には、都道府県知事が指定医療機関の指定の取消を行うことがあります。

3. 対象患者

(1) 条件

- ・ B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変と診断されている（診断・認定の基準：実務上の取扱い別添1、肝がん・重度肝硬変であることを判定するための病名：実務上の取扱い別添2）
- ・ 世帯年収約370万円未満
- ・ 研究班への臨床情報提供に同意

(2) 年齢区分と適用される階層区分

年齢区分	階層区分
70歳未満	医療保険者が発行する限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の所得額の適用区分がエ又はオに該当する者
70歳以上75歳未満	医療保険者が発行する高齢受給者証の一部負担金の割合が2割とされている者
75歳以上（注）	後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合が1割とされている者

医療保険者：介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第7項に規定する医療保険者のこと

（注）65歳以上75歳未満であって後期高齢者医療制度に加入している者のうち、後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合が1割とされている者を含む。

入院・通院されている対象患者に、助成の制度に関して説明をする場合のステップについては、「【資料集1】肝がんや重度肝硬変患者への制度の説明フロー」を参照ください。

対象患者が、都道府県に参加者証の交付申請をする際の、所得区分に応じた提出書類や、保険者認定に必要な書類については、「【資料集2】所得区分に応じた提出書類」を参照ください。

4. 肝がん又は重度肝硬変の患者への対応

(1) 入院記録票

①入院記録票とは

- ・入院記録票とは、肝がん又は重度肝硬変の患者が、医療機関において、肝がん又は重度肝硬変の医療を受けたことを記録するものです。
- ・入院記録票の内容は、「患者自身の情報」と「その月の肝がん又は重度肝硬変の入院医療の情報」「入院医療を受けた履歴（月数・回数）」の3つになります。
- ・入院医療を受けた履歴（月数・回数）とは、「当該月以前の12月において、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た月数のカウント」をさします。これを本事業においては、「入院関係医療のカウント」といいます。
- ・入院記録票には、医療機関が入院医療の情報や入院医療を受けた履歴を記載するもの（実務上の取扱い別紙様式例6-1）と、領収書や診療明細書など入院医療の情報を患者自らが用意するもの（実務上の取扱い別紙様式例6-2）の2種類があります。
- ・指定医療機関は、必ず、別紙様式例6-1による入院記録票への記載を行っていただくことになります。
- ・入院記録票は、参加者証の交付申請を行う際の添付書類の一つで、また、参加者証の交付後は、その月の入院関係医療の医療費の自己負担額を1万円とする際の確認資料であり、過去12月において、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ている月が3月以上あったことを証明する重要な書類となります。
- ・入院記録票は、入院関係医療その他の医療を当該月においてどの程度受けたのかを示すものに過ぎないことから、提供にあたり文書料が発生することを想定しておりません。また、患者に対して情報提供料を請求できるものではありません。

②入院記録票の交付について

- ・都道府県が様式を作成し、肝がん又は・重度肝硬変の患者に対して交付するものです。
- ・都道府県に代わって、医療機関からも患者に交付することができます。あらかじめ、都道府県から、患者に交付するための入院記録票を受け取っておくことが望ましいです。
- ・肝がんや重度肝硬変の患者が入院された際に交付してください。なお、その時点では所得要件を満たしておらず、助成を受けることができないくても、「入院関係医療のカウント」は有効となりますので、所得区分

にかかわらず交付してください。

- ・ 指定医療機関は、「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」は必ず備えおいてください。患者がこの入院記録票を持っていない場合は、自院での入院記録等を記載して、患者に交付してください。

③入院記録票への医療記録の記載について

- ・ 「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」には、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額などの「その月の肝がん又は重度肝硬変の入院医療の情報」や、入院関係医療のカウントを医療機関が記載することになります。指定医療機関は必ずこの入院記録票に記載することになります。
- ・ なお、「入院医療の情報を患者自らが用意する入院記録票」には、医療機関が記載する項目はありませんが、入院記録を確認するために、患者から領収書や診療明細書を求められる可能性があります。
- ・ 肝がんや重度肝硬変の患者から「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」を提示され、記載を求められた場合は、「⑤入院記録票の記載方法（記載例）」に沿って、必要事項を記載してください。なお、入院記録票への記載は、入院中に、実際に入院医療が行われている必要があります。
- ・ 入院記録票を所持していない肝がんや重度肝硬変の患者から入院記録票の交付と記載を求められた場合は、医療機関の所在地の都道府県から配布された「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」に、必要事項を記載して肝がんや重度肝硬変の患者に交付してください。他の都道府県に住民票のある患者が入院された場合も同様です。
- ・ 「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」への記載を求めてきた肝がんや重度肝硬変の患者が、都道府県からまだ参加者証の交付を受けていない場合であっても、記載を行ってください。
- ・ 他の都道府県知事から認定を受けた本事業の参加者が、他の都道府県知事が作成した、又は交付した「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」を提示して記載を求めることもあります。その場合、「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」の様式は各都道府県で異なる場合がありますが、記載する項目・内容等は統一しているので適宜対応してください。
- ・ 患者が「入院医療の情報を患者自らが用意する入院記録票」を持っている場合で、次に「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」に入院関係医療のカウントを記載する場合は、「入院医療の情報を患者自らが用意する入院記録票」の内容を踏まえて記載してください。

- ・令和2年1月からの弾力的な運用に伴う指定医療機関以外の医療機関での入院によるなどで、既に記載されている入院関係医療のカウントが増えてしまう場合であっても、遡って修正する必要はありません。次に入院関係医療のカウントを記載する際に、適切なカウントを記載していただくことになります。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における入院関係医療の範囲

肝がん・重度肝硬変入院関係医療 【肝臓移植の取扱い】 肝臓移植を受けた場合、肝がん・重度肝硬変は一旦は治癒したと考えられます。そのため、肝臓移植を受けた月の翌月以後は入院医療と認められません。ただし、肝臓移植後に肝がんを再発した場合は、再発以後の月についても入院医療として認められます。	①肝がん・重度肝硬変入院医療 肝がん及び重度肝硬変の治療目的の入院と判断するための医療（実務上の取扱い 別添3） 肝がんの例） 手術：肝切除術、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法、血管塞栓術等 薬剤等：化学療法剤（ミリプラチン、ソラフェニブ等） 鎮痛薬（モルヒネ等） 重度肝硬変の例） 手術：食道・胃静脈瘤手術、内視鏡的胃・食道静脈瘤結紮術等 薬剤等：肝性浮腫・腹水、難治性腹水等の病名があり、トルバプタン等を使用している場合 肝性脳症の病名があり、慢性肝障害時における脳症の改善の効能効果を有する薬剤を使用した場合
	②肝がん・重度肝硬変の治療に関連する入院医療 肝がん・重度肝硬変入院医療を受けるために必要となる検査料、入院料 その他当該医療に関連する入院医療で保険適用となっているもの 例）入院基本料、血液検査、画像検査（腹部超音波、CT/MRI検査等）、 病理検査、薬剤管理料、等
	③それ以外の入院医療 肝がん・重度肝硬変入院医療（①）および肝がん・重度肝硬変の治療に関連する入院医療（②）ではない医療 例）骨折、肺炎等、肝がん・重度肝硬変と無関係の疾患に対する医療 保険診療外の医療

④入院記録票の活用について

- ・参加者証の交付申請の際及び更新申請の際の添付書類となります。
- ・その月の入院関係医療の医療費の自己負担額を1万円とする際に、過去12月以内の入院関係医療が高額療養費算定基準額に達した月の回数を把握するために利用します。
- ・都道府県知事に対する償還払い請求時に添付します。都道府県知事は、入院記録票を確認することで、償還払いをしてよいかどうかの判断を行います。

⑤入院記録票の記載方法（記載例）

※本項は、「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」に記載する場合にのみ参考にしてください。

※入院1回目から3回目まで（入院関係医療のカウントが1／12から3／12までで、医療費の助成が行われない期間）の間に、医療機関の

記載が必要な項目は「☆」マークをつけています。

- ・ 氏名、生年月日、住所、性別
本人が記載する箇所になります。
- ・ △年○月
患者がその月に初めて入退院することとなった医療機関が、年及び月の記載をしてください。
- ・ 日付（☆）
入院日及び退院日を記載してください。
- ・ 医療機関名（印）（☆）
医療機関名の記載又は医療機関名の押印をしてください。
- ・ 医療内容（☆）
入院関係医療があった場合は、チェックを入れてください。
- ・ 入院関係医療の自己負担額（☆）
入院関係医療についての医療機関窓口での自己負担額（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。入院関係医療のカウントをする場合と、しない場合で、次のとおり取り扱いが異なります。
 - ☞ 入院関係医療があったが、高額療養費算定基準額を超えないため、「入院関係医療のカウント」がカウントされない場合は、入院関係医療の医療費の一部負担（自己負担）割合の金額を記載してください。
 - ☞ 「入院関係医療のカウント」が入り、その数値が「4／12」未満の場合は、入院関係医療の高額療養費算定基準額と同じ額を上限額として記載してください。なお、入院関係医療の医療費に係る高額療養費算定基準額となりますので、保険診療の高額療養費が多数回該当の適用を受けていたとしても、多数回該当の適用のない金額になり、「窓口支払額」よりも金額が大きくなる可能性があります。
 - ☞ 「入院関係医療のカウント」が入り、その数値が「4／12」以上の場合は、入院関係医療の高額療養費算定基準額（多数回該当の適用のない金額）と同じ額を上限額として記載してください。指定医療機関において、参加者証の提示を受けて現物給付として入院関係医療の自己負担額を1万円とした場合は「10,000円」を記載してください。

【注意点】

現物給付が行われない場合は、特定疾病給付対象療養として扱われないので、そのときの入院関係医療の高額療養費算定基準額に多数回該当が適用されることがありません。従って、現物給付が行われない場合の「入院関係医療の自己負担額」の上限は、「多数回該当の適用のない入院関係医療の高額療養費算定基準額」になります。」

・入院関係医療の高額療養費算定基準額（☆）

- ☞「入院関係医療のカウント」を「+1」することができるかどうかの基準額です。入院関係医療の自己負担額がこの額を超えていたら「+1」できます。
- ☞概ね「保険診療における高額療養費算定基準額（但し、多数回該当の適用のない金額）」と同額です。特に、指定医療機関以外の医療機関にあっては、常に、多数回該当の適用のない金額になります。
- ☞厳密には、法令上「保険診療」と「入院関係医療」とは多数回該当になる要件は別であり、保険診療で多数回該当の適用があっても入院関係医療としては適用がない場合があります、2つの「高額療養費算定基準額」が異なるケースが発生します。
- ☞「特定疾病給付対象療養としてのカウント」が「4／12」になるまでは、当該月における入院関係医療の高額療養費算定基準額（多数回該当の適用のない金額）を記入してください。
- ☞当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養（現物給付）としてその自己負担額を1万円としたときは、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。その場合は、指定医療機関ごとに、「特定疾病給付対象療養としてのカウント」を行います。「特定疾病給付対象療養としてのカウント」が「4／12」以上になると、多数回該当の概念のある所得区分の場合は多数回該当の高額療養費算定基準額が適用された金額になります。

・窓口支払額

医療機関窓口での支払額を記入してください。この金額は、医療費の助成を償還払いにより行うこととなった場合に、都道府県において適正な償還払いの金額を算定するために必要なものとなります。

・保険診療の高額療養費算定基準額

他の保険診療の高額療養費算定基準額を記入してください。この金額は、窓口支払額と同様に、医療費の助成を償還払いにより行うこととなった場合に、都道府県において適正な償還払いの金額を算定するために必要なものとなりますが、医療機関において把握できる範囲において記載してください（保険者の変更はないが医療機関の変更があった場合に、保険者としての多数回該当のカウントは継続するが医療機関としてのカウントはリセットされ、多数回該当の把握ができない場合があるため）。

・ 他公費負担医療の支払額

本事業以外の公費負担医療があった場合、その自己負担額を記載してください（ex.肝炎治療特別促進事業であれば1万円 or 2万円）。この金額も、医療費の助成を償還払いにより行うこととなった場合に、都道府県において適正な償還払いの金額を算定するために必要なものとなります。

【注意点】

対象患者が70歳未満の場合は、高額療養費制度における合算の関係上、窓口支払額が21,000円に満たない場合は、入院記録票に記載しないでください。ただし、同一の医療機関に複数回入院したことで全体の支払額が21,000円以上となった場合は、遡って記載してください。

・ 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（☆）

「入院関係医療のカウント」が記載される欄です。当該月に、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ていない場合は記載しないでください。超えている場合は、当該月より前の11月（ex. 当該月が8月の場合は、前年の9月からその年の7月まで）において、この欄に数値が入っている月数をカウントし、その数値に当該月分を加えた（+1した）数値を記載してください。なお、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してください。

また、カウントした場合は、「当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください」の右の空白に「○」をいれてください。

【注意点】

入院関係医療のカウントは、高額療養費のカウントとは異なり、保険者や医療機関が変更となってもリセットされることはありません。また、このカウントが「4／12」未満となった月及びこのカウントが入らない月は、本事業の助成対象から外れることとなります。

- ・ 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

指定医療機関ごとに特定疾病給付対象療養としての月数のカウント（これを「特定疾病給付対象療養としてのカウント」といいます。）が記載される欄です。

現物給付を行った場合に、このカウントを+1にしてください。具体的には、入院関係医療のカウントが「4／12」以上（「4／12」になった月を含みます）のときに、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（特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額となります。）を超えた場合にカウントされるものです。

当該月以前の12月において、特定疾病給付対象療養としてのカウントが「4／12」以上の場合、高額療養費算定基準額に多数回該当の概念がある所得区分であれば、多数回該当の高額療養費算定基準額の適用を受けることになります。

また、カウントがある場合は、「当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください」の右の空白に「○」をいれてください。

- ・ 保険種別～保険者番号

必ず患者の保険証を確認して記載してください。

入院記録票の記載例については、「【資料集3】入院記録票の記載例」を参照ください。

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（多数回該当の適用に影響）については、「【資料集6】入院関係医療のカウント例」を参照ください。

（２）臨床調査個人票（同意書）

①臨床調査個人票（同意書）の説明

- ・ 個人票等（実務上の取扱い別紙様式例２）は、事業に参加するにあたっての交付申請する際の添付書類のひとつとなります。
- ・ 個人票は、診断書に類した内容となっており、同意書は、個人票のデータを国（厚生労働省）から研究班に提供することに同意をしていただくものになります。
- ・ 個人票は、指定医療機関の医師のみが記載することができます。指定医療機関以外の医療機関で、患者から個人票の記載を求められた場合は、指定医療機関の医師を紹介してください。
- ・ 対象患者から、事業に参加するため個人票の交付を求められた際に、個人票に患者氏名・性別・生年月日・住所・診断年月・前医（あれば）・検査所見・診断根拠・その他記載すべき事項・診断・医療機関名および所在地の欄に必要事項を記載して対象患者に渡してください。
- ・ 個人票は上記のとおり診断書に類した内容となっていることから、交付にあたり文書料を請求することができる（請求しなくてもよい）ものとなります。
- ・ 対象患者に個人票を作成し、交付する際には、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してください。

データ提供への同意に関する説明文書については、「【資料集４】データ提供への同意に関する説明文書」を参照ください。

②臨床調査個人票の書き方（記載例など）

臨床調査個人票の書き方については、「【資料集５】個人票等の記載例」を参照ください。

（３）申請から参加者証の交付まで

- ・ 参加者証（実務上の取扱い別紙様式例３）の交付のために、申請書と添付書類を都道府県知事あてに提出することになりますが、書類の提出先は、都道府県によって異なります。もし、患者から問い合わせがありましたら適宜お伝えください。
- ・ 申請から参加者証の交付までにどのくらいかかるかについて問い合わ

せがありましたら、都道府県の担当者に問い合わせていただくようお願いいたします。

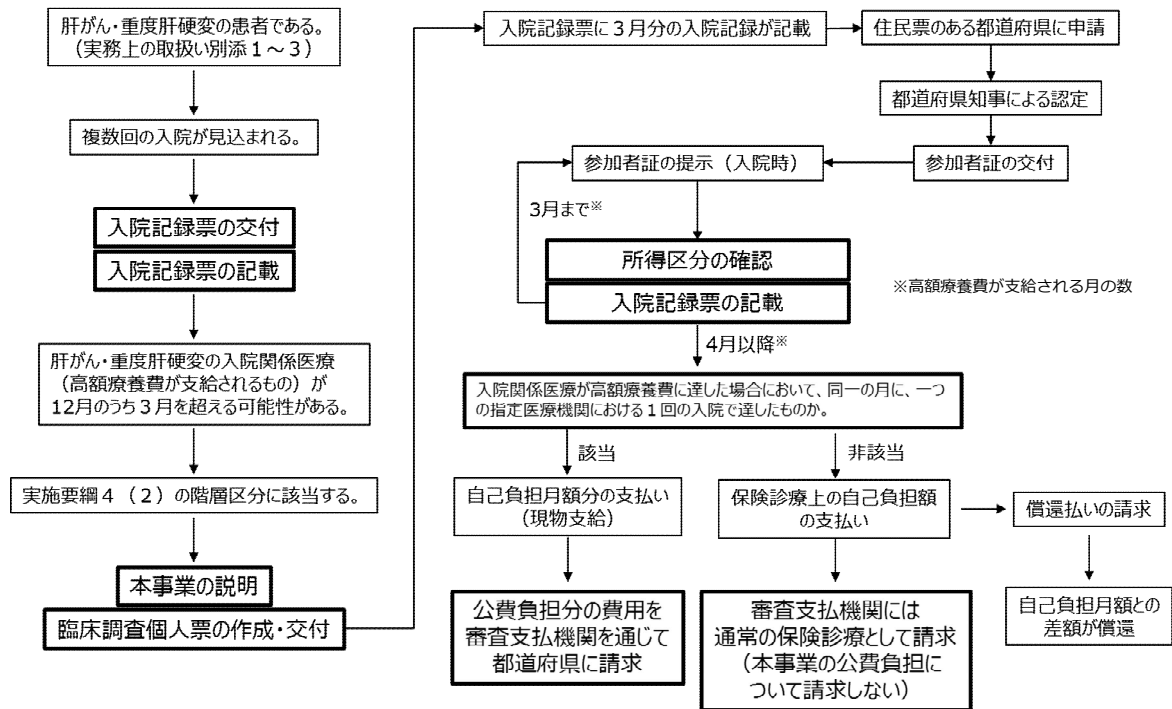
(4) 参加者証の確認事項と方法（本人確認・所得確認など）

- ・ 医療機関では、都道府県知事から交付された参加者証の記載内容が、医療機関において把握している患者本人の情報と齟齬がないかどうかの確認をお願いします。
- ・ 万が一、齟齬があった場合は、患者本人に確認するとともに、都道府県と協議・調整をしてください。
- ・ 都道府県知事から参加者証の交付を受けた患者が患者が肝がんや重度肝硬変で入院し、一定の要件を満たすと、医療費の助成に関する事務が発生することになります。
- ・ 参加者証の交付を受けていても、指定医療機関以外の医療機関に入院した場合は医療費の助成ができません。指定医療機関以外の医療機関は、参加者証の交付を受けている患者が自院に入院しようとしている場合は、その旨を患者に伝えてください。
- ・ 詳細は「5. 現物給付の事務処理」、「6. 償還払いの事務処理」に事務手続きを記載していますが、毎月、被保険者証の確認をしていただいていることに加えて、本事業の対象かどうかについて、「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」による所得区分の確認を行っていただくことになります。

【所得区分の確認の方法】

- ・ 70 歳未満の方
 - 被保険者証に所得区分（エ・オ）が記載
- ・ 70 歳以上の方
 - ①限度額適用認定証が提出された場合
 - 限度額適用認定証に所得区分（低所得 I or II）が記載
 - ②限度額適用認定証が提出されない場合
 - 一般区分

流れ図



5. 現物給付の事務処理

【注意点】

指定医療機関において、現物給付を行い自己負担額を1万円にする場合の事務処理を行うにあたって、被保険者証、高齢受給者証、限度額適用認定証等及び参加者証を確認していただいた際、次の場合に該当したときは、事務処理を中断し、都道府県の担当者あて連絡してください。

- ・被保険者証または高齢受給者証に記載されている自己負担割合が、医療費の助成対象外だった場合
- ・参加者証に記載されている「適用区分」と、限度額適用認定証等に記載されている「所得区分」が異なっている場合

(1) 現物給付とは

- ・現物給付とは、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、当該月以前の12月において4月以上超えている場合（＝入院関係医療のカウントが4／12以上の場合）に、入院関係医療の医療費の助成として、指定医療機関の窓口において、入院関係医療の自己負担額を、高額療養費算定基準額ではなく1万円にすることをさします。
- ・医療費の助成は、原則として現物給付によることとしています。
- ・なお、他の特定疾病給付対象療養と同様に、それぞれの自己負担額が積み上げられていくことになるので、現物給付により入院関係医療の自己負担額が1万円になっても、同月に他の保険診療があった場合、他の保険診療の自己負担額は別途発生することになるので、患者の月額負担額は、最大で保険診療の高額療養費算定基準額になります。

(2) 所得区分の確認と入院記録票の提示

- ・参加者証を持っている方が入院されたら、被保険者証・高齢受給者証と限度額適用認定証の提示を受けてください。
- ・指定医療機関は、参加者から直近の11月分の記録が確認できる入院記録票を預かり、その月の入院医療の結果次第で、入院関係医療のカウントが4／12以上になる可能性があることを確認してください。
- ・被保険者証・高齢受給者証に記載されている自己負担割合と限度額適用認定証から高額療養費算定基準額を把握してください。

(3) 医療費の整理

- ・入院関係医療の医療費、自己負担額及び支払額のほか、同一の入院時に、入院関係医療に該当しない他の保険診療があった場合は当該保険診療の医療費と自己負担額及び支払額、また、他の公費負担医療があった場

合は当該公費負担医療の自己負担額について整理しておいてください。

- ・ 整理の方法は、「【資料集 8】レセプト記載例」に、樹形図（ツリー図）として案を記載しております。
- ・ 同一の月に複数回の入院があった場合、医療機関の変更があった場合、及び都道府県の変更があった場合の考え方は「【資料集 7】複数回入院等の場合の事例」に記載しております。

（４）窓口対応

- ・ 月末又は退院時に、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高額療養費算定基準額を超えている場合は、現物給付の処理を行ってください（特定疾病給付対象療養としてのカウントが「４／１２」以上の場合は、高額療養費算定基準額多数回該当があればその適用があるので注意してください）。
- ・ 現物給付となった場合、「入院関係医療の自己負担額」の欄には１万円と記載することになります。

（５）レセプトの書き方

- ・ 「【資料集 8】レセプト記載例」を参照してください。
- ・ No.1 から No.13③までは、「【資料集 6】入院関係医療のカウント例」及び「【資料集 3】入院記録票の記載例」に基づいた事例となっています。
- ・ No.14①から No.16③までは、それぞれの適用区分に応じた基本的な事例となっています。
- ・ No.17①・②は、「【資料集 7】複数回入院等の場合の事例」の Case19 の事例となっています。
- ・ 資料集 8 において、現物給付が行われ、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の自己負担額が１万円になっているのは、「４～５、６①・②、７～１０、１４①～１６③」の事例になります。

（６）入院記録票の記載

- ・ 各月末又は退院時に、「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」に所定の事項を記載してください。
- ・ 詳細は「【資料集 3】入院記録票の記載例」を参照してください。

6. 償還払いの事務処理

【注意点】

償還払いとなるときは、参加者証の提示は必須ではありませんので、現物給付のときのように、参加者証と限度額適用認定証等とを突き合わせる必要はありません。

(1) 償還払いとは

- ・ 償還払いとは、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、当該月以前の12月において4月以上超えている場合（＝入院関係医療のカウントが4／12以上の場合）に、指定医療機関の窓口ではなく、都道府県に対して、入院関係医療の医療費の助成を求めることをさします。
- ・ 現物給付と同様、指定医療機関における入院（複数の指定医療機関における入院を含む）で、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場合にのみ償還払いができます。
- ・ 医療費の助成は、原則として現物給付によることとしていますので、**償還払いはやむを得ない場合の例外的な処理となります。**
- ・ 償還払いとなった場合は、患者は、指定医療機関の窓口で、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く）を支払うことになります。

(2) 所得区分の確認と入院記録票の提示

- ・ 患者から、被保険者証・高齢受給者証と限度額適用認定証の提示を受けてください。また、現物給付と同様に、指定医療機関は、直近の11月分の記録が確認できる入院記録票を参加者から預かり、その月の入院医療の結果次第で、入院関係医療のカウントが4／12以上になる可能性のあることを確認してください。
- ・ 被保険者証・高齢受給者証に記載されている自己負担割合と限度額適用認定証から高額療養費算定基準額を把握してください。

(3) 医療費の整理

- ・ 入院関係医療の医療費、自己負担額及び支払額のほか、同一の入院時に、入院関係医療に該当しない他の保険診療があった場合は当該保険診療の医療費、自己負担額及び支払額、また、他の公費負担医療があった場合は当該公費負担医療の自己負担額について整理しておいてください。
- ・ 整理の方法は、「**【資料集8】レセプト記載例**」に、樹形図（ツリー図）として案を記載しております。

- ・ 同一の月に複数回の入院があった場合、医療機関の変更があった場合、及び都道府県の変更があった場合の考え方は「**【資料集 7】複数回入院等の場合の事例**」に記載しております。
- (4) 窓口対応
- ・ 現物給付できない場合（詳細は**【資料集 7】に記載**）は、償還払いの手続きによることとなります。その場合は、助成はできるけれども、償還払いになる旨を対象患者に伝えてください。
 - ・ 償還払いとなった場合、窓口での支払額は「保険診療の高額療養費算定基準額」となります。
 - ・ 償還払いの手続きに必要であることを伝えて、領収書と診療明細書を交付してください。
- (5) レセプトの書き方
- ・ 「**【資料集 8】レセプト記載例**」で償還払いが可能となっているのは、「11、13②」の2例です。
- (6) 入院記録票の記載
- ・ 各月末又は退院時に、「医療機関が医療情報等を記載する入院記録票」に所定の事項を記載してください。なお、償還払いの手続きによることとなったとしても、入院関係医療が高額療養費算定基準額を超えていることから、入院関係医療のカウント+1になることを留意してください。一方、特定疾病給付対象療養としてのカウントは行いません。
 - ・ 詳細は「**【資料集 3】入院記録票の記載例**」を参照してください。

7. その他参考資料

・事業の概要

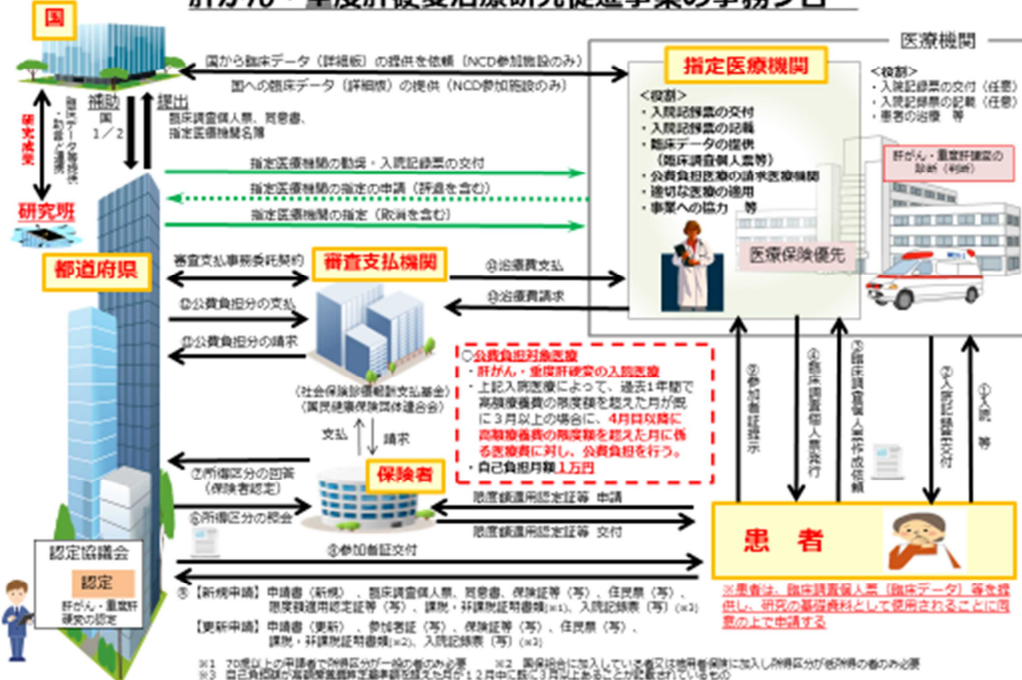
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について

B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者の特徴を踏まえ、患者の医療費の負担の軽減を図りつつ、患者からの臨床データを収集し、肝がん・重度肝硬変の予後の改善や生活の質の向上、肝がんの再発の抑制などを目指した、肝がん・重度肝硬変治療にかかるガイドラインの作成など、肝がん・重度肝硬変の治療研究を促進するための支援を実施（平成30年12月開始）。

実施主体	都道府県
対象者	B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変に関する医療保険各法又は高齢者の医療確保に関する法律の医療に関する給付を受けている者で、臨床調査個人票及び研究への同意書を提出した者 (所得制限: 年収約370万円未満を対象)
対象医療	指定医療機関における肝がん・重度肝硬変の入院医療で、過去1年間で高額療養費の限度額を超えた月が既に3月以上の場合に、4月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。
自己負担月額	1万円
財源負担	国 1/2 地方 1/2

・事務フロー（全体のフロー図）

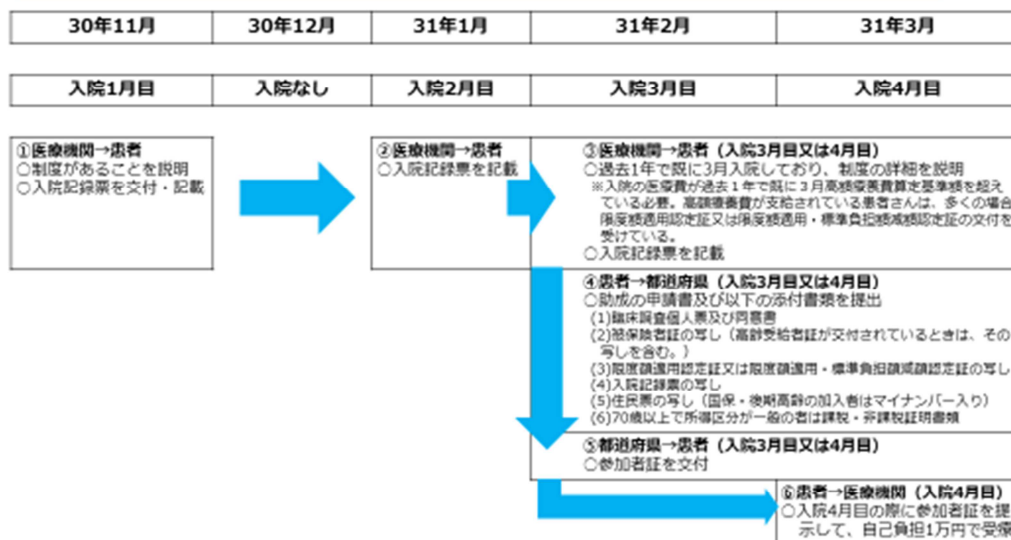
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の事務フロー



・事務フロー（事務フローの例）

○ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の事務フロー

○ 事務フローの例



・研究班の概要

厚生労働省 肝炎等克服政策研究事業

「肝がん・重度肝硬変の治療に係るガイドラインの作成等に資する研究」班（平成 30-34 年）

研究代表者：小池 和彦（東京大学大学院医学系研究科消化器内科学教授）

○目的

平成 30 年度より開始した肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業が各自治体において円滑に実施され、かつ対象者の適切な利用が促進されるための資料作成を行うとともに、肝がん・重度肝硬変患者のデータを収集し、解析を行うことで、予後の改善や生活の質の向上、肝がんの再発の抑制につながる、肝がん・重度肝硬変治療にかかる診療ガイドラインの改良を目指した研究を行う。

○主な研究内容

①肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の利用促進

各自治体において円滑に事業が実施され、かつ利用が促進されるよう、効果的なリーフレットやパンフレット等の資料の開発、指定医療機関向けの運用マニュアルの作成等を行い、拠点病院間連絡協議会や各種研修会、ホームページ等を活用した周知広報活動を行うことで、事業の活用を推進する。

②臨床データの収集促進

NCD（National clinical database）における既存のプラットフォームを基に、肝がんの再発に対する治療や非代償性肝硬変に対する治療に関しても臨床データを収集でき、かつ入力担当者の負担を軽減できるような、症例登録システムを開発し、予後を含めた臨床データの収集を促進する。

③肝癌治療ガイドラインの改良に資するエビデンスの構築

事業参加者の臨床調査個人票や症例登録により集積されたデータを解析することにより、新たな医療ニーズを明らかにしつつ、肝がんや肝硬変の診療ガイドラインの改良に資する論文等のエビデンスを構築する。

・高額療養費基準額と公費助成

・特定給付対象療養の場合の基準額（70歳以上・入院）

自己負担額	公費助成	高額療養費	7～9割負担
-------	------	-------	--------

【基準額】一律57,600円

・特定疾病給付対象療養の場合の基準額（70歳以上・入院）

自己負担額	公費助成	高額療養費	8又は9割負担
-------	------	-------	---------

【基準額】
年収156～約370万円の場合57,600円（多数回該当44,400円）

自己負担額	公費助成	高額療養費	8又は9割負担
-------	------	-------	---------

【基準額】住民税非課税世帯Ⅱの場合24,600円

自己負担額	公費助成	高額療養費	8又は9割負担
-------	------	-------	---------

【基準額】住民税非課税世帯Ⅰの場合15,000円

・特定給付対象療養の場合の基準額（69歳以下・入院）

自己負担額	公費助成	高額療養費	7割負担
-------	------	-------	------

【基準額】
一律80,100円+（医療費-267,000円）×1%

・特定疾病給付対象療養の場合の基準額（69歳以下・入院）

自己負担額	公費助成	高額療養費	7割負担
-------	------	-------	------

【基準額】
～年収約370万円の場合57,600円（多数回該当44,400円）

自己負担額	公費助成	高額療養費	7割負担
-------	------	-------	------

【基準額】
住民税非課税者の場合35,400円（多数回該当24,600円）

・ 特定疾病給付対象療養等の高額療養費に係る規定（健康保険法施行令）

（月間の高額療養費の支給要件及び支給額）

第四十一条 高額療養費は、次に掲げる額を合算した額から次項から第五項までの規定により支給される高額療養費の額を控除した額（以下この項において「一部負担金等世帯合算額」という。）が高額療養費算定基準額を超える場合に支給するものとし、その額は、一部負担金等世帯合算額から高額療養費算定基準額を控除した額とする。

一 （略）

二 被保険者又はその被扶養者が前号と同一の月にそれぞれ一の病院等から受けた特定給付対象療養（原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成六年法律第百十七号）による一般疾病医療費（第四十三条第五項において「原爆一般疾病医療費」という。）の支給その他厚生労働省令で定める医療に関する給付が行われるべき療養及び当該被保険者又はその被扶養者が第九項の規定による保険者の認定を受けた場合における同項に規定する療養をいう。以下同じ。）について、当該被保険者又はその被扶養者がなお負担すべき額（七十歳に達する日の属する月以前の特定給付対象療養に係るものにあつては、当該特定給付対象療養に係る前号イからへまでに掲げる額が二万千円（第四十二条第五項に規定する七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、一万五百円）以上のものに限る。）を合算した額

6 被保険者又はその被扶養者が特定給付対象療養（当該被保険者又はその被扶養者が次項の規定による保険者の認定を受けた場合における同項に規定する特定疾病給付対象療養及び当該被保険者又はその被扶養者が第九項の規定による保険者の認定を受けた場合における同項に規定する療養を除く。）を受けた場合において、当該被保険者又はその被扶養者が同一の月にそれぞれ一の病院等から受けた当該特定給付対象療養に係る第一項第一号イからへまでに掲げる額が高額療養費算定基準額を超えるときは、当該同号イからへまでに掲げる額から高額療養費算定基準額を控除した額を高額療養費として支給する。

7 被保険者又はその被扶養者が特定疾病給付対象療養（特定給付対象療養（当該被保険者又はその被扶養者が第九項の規定による保険者の認定を受けた場合における同項に規定する療養を除く。）のうち、治療方法が確立していない疾病その他の疾病であつて、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の当該療養に必要な費用の負担を軽減するための医療に関する給付として厚生労働大臣が定めるものが行われるべきものをいう。第四十二条第七項において同じ。）を受けた場合において、当該特定疾病給付対象療養を受けた被保険者又はその被扶養者が厚生労働省令で定めるところにより保険者の認定を受けたものであり、かつ、当該被保険者又はその被扶養者が同一の月にそれぞれ一の病院等から受けた当該特定疾病給付対象療養に係る第一項第一号イからへまでに掲げる額が高額療養費算定基準額を超えるときは、当該同号イからへまでに掲げる額から高額療養費算定基準額を控除した額を高額療養費として支給する。

・ 特定疾病給付対象療養に位置付ける場合の給付

<70歳以上で、年収156～約370万円の場合>

<69歳以下で、～年収約370万円の場合>

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目
特定疾病給付対象療養 の高額療養費基準額				57,600円	57,600円	57,600円	44,400円
本事業の公費助成				47,600円	47,600円	47,600円	34,400円

※ 従来は想定では、入院4月目～6月目において、44,400円に対して自己負担額1万円との差額である34,400円を公費助成するとしていた。

<69歳以下で、住民税非課税者の場合>

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目
特定疾病給付対象療養 の高額療養費基準額				35,400円	35,400円	35,400円	24,600円
本事業の公費助成				25,400円	25,400円	25,400円	14,600円

※ 従来は想定では、入院4月目～6月目において、24,600円に対して自己負担額1万円との差額である14,600円を公費助成するとしていた。

（注1）上記の表の横軸は、入院月数を表す。4月目以降のいずれも、その月以前12月以内に既に3月以上の高額療養費に係る要件を満たし、同一の指定医療機関から受けたものとする。

（注2）70歳以上の住民税非課税世帯については、特定疾病給付対象療養の多数回該当の制度がないため、現行の給付費から変更はない。

・ 特定疾病給付対象療養の多数回該当に係る規定（健康保険法施行令）

（高額療養費算定基準額）

第四十二条

7 第四十一条第七項の高額療養費算定基準額は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

一 次号又は第三号に掲げる場合以外の場合 次のイからホまでに掲げる者の区分に応じ、それぞれイからホまでに定める額

イ 第一項第一号に掲げる者 八万百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、四万五十円）と、第四十一条第一項第一号イからへまでに掲げる額に係る特定疾病給付対象療養につき厚生労働省令で定めるところにより算定した当該特定疾病給付対象療養に要した費用の額（その額が二十六万七千円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、十三万三千五百円。以下このイにおいて同じ。）に満たないときは、二十六万七千円）から二十六万七千円を控除した額に百分の一を乗じて得た額（この額に一円未満の端数がある場合において、その端数金額が五十銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が五十銭以上であるときは、これを一元に切り上げた額）との合算額。ただし、当該特定疾病給付対象療養（入院療養に限る。）のあつた月以前の十二月以内に既に高額療養費（当該特定疾病給付対象療養（入院療養に限る。）を受けた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。）が支給されている月数が三月以上ある場合（以下この項において「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。）にあつては、四万四千四百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万二千二百円）とする。

ロ・ハ （略）

ニ 第一項第四号に掲げる者 五万七千六百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万八千八百円）。ただし、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合にあつては、四万四千四百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万二千二百円）とする。

ホ 第一項第五号に掲げる者 三万五千四百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、一万七千七百円）。ただし、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合にあつては、二万四千六百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、一万二千三百円）とする。

二 七十歳に達する日の属する月の翌月以後の特定疾病給付対象療養であつて、入院療養である場合 次のイから二までに掲げる者の区分に応じ、それぞれイから二までに定める額

イ 第三項第一号に掲げる者 五万七千六百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万八千八百円）。ただし、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合にあつては、四万四千四百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万二千二百円）とする。

ロ～ニ （略）

・ 用語集

用語	定義
肝がん・重度肝硬変 入院医療	B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変の患者に対して行われる入院医療で保険適用となっているもののうち、実務上の取扱い別添2の病名を有する同別添3の医療行為。
肝がん・重度肝硬変 入院関係医療	肝がん・重度肝硬変入院医療及び当該医療を受けるために必要となる検査料、入院料その他当該医療に係る入院医療で保険適用となっている医療（当該医療と無関係な医療は含まない。）。