

医療・介護保険及び給付調整 参考資料

平成29年8月改訂版

岡山県

保健福祉部 長寿社会課

目 次

1	医療保険と介護保険について	1
2	医療保険と介護保険との給付調整	5
	・「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について (平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号) の一部改正(保医発0325第8号)	14
	・上記通知の別紙(平成28年3月31日一部改正)	24
	＝○×表＝	
3	特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて	
	・特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて (平成18年3月31日保医発第0331002号)の一部改正について	38
	・「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」の運用上の留意事項について (平成18年4月24日厚生労働省保険局医療課事務連絡)	47
4	[告示] 特掲診療料の施設基準等(平成20年3月5日厚生労働省告示第63号) <「○×表」※7関連>	49

岡山県保健福祉部 長寿社会課 ☎086-226-7325 (事業者指導班)

URL

岡山県保健福祉部長寿社会課 <http://www.pref.okayama.jp/soshiki/35/>

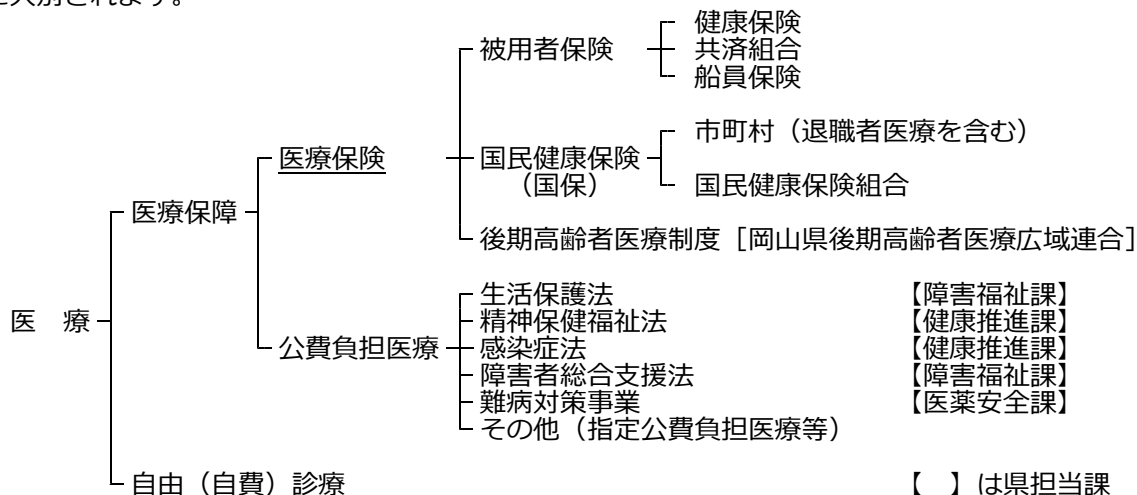
保険医療機関の診療報酬算定資料集【医療と介護の給付調整を含む】

<http://www.pref.okayama.jp/page/421097.html>

医療保険と介護保険について

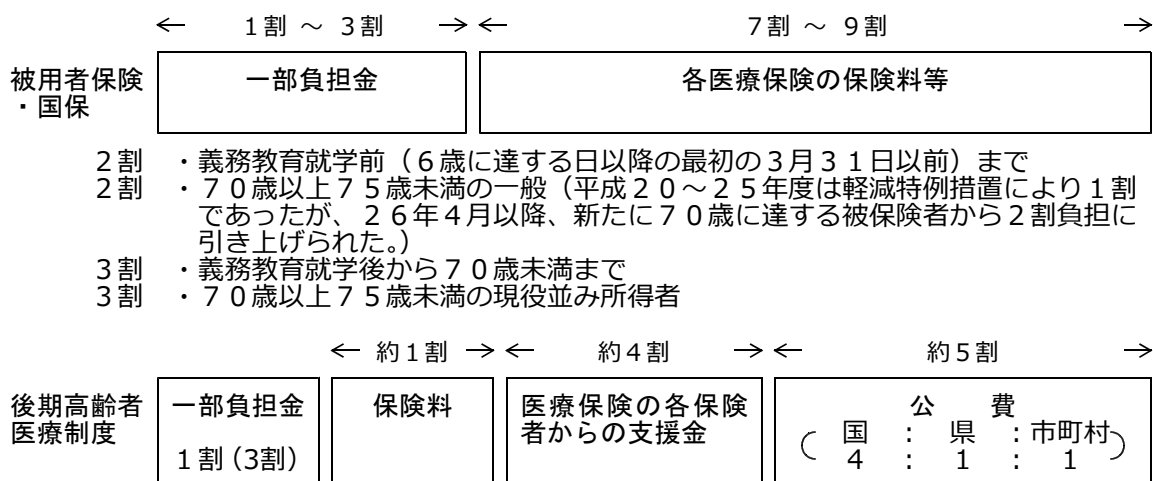
1 医療保障の概要

我が国の医療保険は、**被用者保険**、**国民健康保険**及び75歳以上の方等を対象とした**後期高齢者医療制度**に大別されます。



2 医療保険等の財源別負担割合

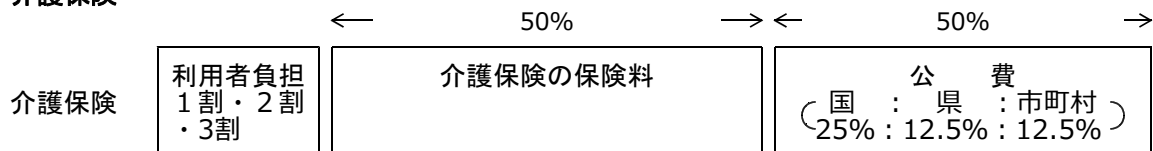
財源は、保険料、公費（税）、患者一部負担金のいずれかであり、各保険制度別の割合は下図のようになっています。



※被保険者は、75歳以上の者及び65歳以上で障害認定を受けた者です。

- 1割 ・一般
- 3割 ・現役並み所得者<公費は負担されません>

3 介護保険



※施設等給付 国20%：県17.5%：市町村12.5%

- 2割 ・65歳以上で一定以上の所得（単身の場合で年金収入280万円以上等）のある方は、27年8月から2割負担に引き上げられた。
- 3割 ・30年8月から現役並み所得者は3割負担に引き上げられる。

4 各保険等を所管する行政庁

医療保険と介護保険を所管する行政機関は、厚生労働省（中国四国厚生局岡山事務所）及び県（長寿社会課）ですが、それぞれの所管は次のとおりとなっています。

被用者保険	厚生労働省（中国四国厚生局岡山事務所） 〒700-0907 岡山市北区下石井1-4-1 岡山第2合同庁舎11階
国民健康保険 後期高齢者医療制度 介護保険	岡山県（保健福祉部長寿社会課） 〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6 Tel.086-226-7325/226-7327/226-7324

5 各保険等ごとの規則・報酬の区分

各保険等ごとの規則・報酬については、次のとおり、医療保険、後期高齢者医療、介護保険の3つに大別されます。

医療保険 ・被用者保険 ・国民健康保険	【規則】 保険医療機関及び保険医療養担当規則 等 【報酬】 診療報酬点数表 等
後期高齢者医療制度	【規則】 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準 等 【報酬】 診療報酬点数表 等
介護保険	【条例】 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 等 【報酬】 指定居宅サービス介護給付費単位数表 等

6 高齢者に係る医療における一部負担金

後期高齢者医療制度の被保険者のうち、一般は定率1割、現役並み所得者は定率3割です。
(月額上限があります)

7 高額療養費制度

高額療養費制度とは、病院や診療所等で支払った1か月の医療費の一部負担金が算定基準額を超える場合は、その超える部分について医療保険でまかなわれる制度です。

自己負担限度額（月） ※改正：平成29年8月1日施行

○被用者保険・国民健康保険				
70～74歳			70歳未満	
所得区分	個人単位 (外来のみ：A)	世帯単位 (入院+外来：B)	所得区分	世帯全体 (C)
<現役並み所得者> 年収約370万円～ ・課税所得145万円以上	57,600円	80,100円+（総医療費 -267,000円）×1% <多数回：44,400円>	<年収約1,160万円～> 旧ただし書所得901万円超	252,600円+（総医療費 -842,000円）×1% <多数回：140,100円>
			<年収約770万円～約1,160万円> 旧ただし書所得600万円超 901万円以下	167,400円+（総医療費 -558,000円）×1% <多数回：93,000円>
<一般> 年収156万円～約370万円 ・課税所得145万円未満等	14,000円 (年間上限 14万4千円)	57,600円 <多数回：44,400円>	<年収約370万円～約770万円> 旧ただし書所得210万円超 600万円以下	80,100円+（総医療費 -267,000円）×1% <多数回：44,400円>
			<～年収約370万円> 旧ただし書所得210万円以下	57,600円 <多数回：44,400円>

低所得者Ⅱ	住民税非課税世帯		24,600円	住民税非課税	35,400円 <多数回：24,600円>
低所得者Ⅰ	住民税非課税世帯 (年収80万円以下等)	8,000円	15,000円		
世帯合算対象基準額					21,000円以上
特定疾病		10,000円 ※人工透析を要する70歳未満の上位所得者(年収600万円超)は2万円			

○後期高齢者医療制度

後期高齢者		
区 分	個人単位 (外来のみ：A)	世帯単位 (入院+外来：B)
<現役並み所得者> 年収約370万円～ ・課税所得 145万円以上	57,600円	80,100円+ (総医療費 -267,000円) ×1% <多数回：44,400円>
<一般> 年収156万円～約370万円 ・課税所得 145万円未満 ・収入の合計額 520万円未満 1人世帯の場合は 383万円未満 ・旧ただし書き所得の合計額 210万円以下	14,000円 (年間上限 14万4千円)	57,600円 <多数回：44,400円>
<住民税非課税>	8,000円	24,600円
<住民税非課税(年収80万円以下等)>		15,000円
世帯合算対象基準額		
特 定 疾 病		10,000円

※下記の方は、75歳に到達した月(暦日2日以降)において、移行前後の医療保険制度における自己負担限度額がそれぞれ本来額の2分の1になります。

- ① 75歳到達により後期高齢者医療制度に加入される方
- ② 社会保険の被保険者本人が75歳到達により後期高齢者医療制度に加入した場合の被扶養者
- ③ 国民健康保険組合の組合員本人が75歳到達により後期高齢者医療制度に加入した場合に、市町村国保等に保険を変えた同一世帯の被保険者

注1 < >内は多数該当世帯の自己負担限度額(一つの世帯で、過去12ヶ月の間に3回以上高額療養(医療)費を受けた場合、4回目以降は「多数回」該当となり負担が軽減される。)

2 平成24年3月31日までの高額療養費制度の仕組みでは、入院される方については「認定書」などの提示により、窓口での支払いを自己負担限度額にとどめることが可能でしたが、外来診療では窓口負担が限度額を超えた場合でも、いったんその額をお支払いいただいていた。平成24年4月1日からは、外来診療についても「認定書」など(年齢等によって提示すべき証が異なりますが次のとおりです。)を提示すれば、自己負担限度額を超える分を窓口で払う必要はなくなりました。

高額な外来診療受診者	事前の手続き	病院・薬局などの窓口で
70歳未満の方 70歳以上の非課税世帯等の方	保険者に「認定書」(限度額適用認定書)の交付を申請	「認定書」を提示
70歳以上75歳未満で、非課税世帯等ではない方	必要なし	「高齢受給者証」を提示
75歳以上で、非課税世帯等ではない方	必要なし	「後期高齢者医療被保険者証」を提示

※「認定書」を提示しない場合は、従来どおりの手続きになります。
(高額療養費の支給申請をして、支払った窓口負担と限度額の差額が、後日、加入している保険者から支給されます。)

○高額療養費制度に係る自己負担限度額の計算方法

- ① 70歳未満の人だけの世帯の場合
同じ月に21,000円以上負担した医療費が2つ以上あれば、それらを合算して、(C)の限度額を超えた部分が申請により払い戻される。
- ② 70歳から74歳までの人または後期高齢者医療制度被保険者だけの世帯の場合
外来分は、同じ月に同じ人の医療費を合算し、(A)の限度額を超えた部分が申請により払い戻される。外来分が2人以上もしくは入院分もある場合には合算し、(B)の限度額を超えた部分が申請により払い戻される。
- ③ 70歳未満の人と70歳から74歳までの人がいる世帯の場合
ア 70歳から74歳の外来分の個人ごとの限度額超過分の合計：(A)適用
イ 70歳から74歳の外来分が2人以上、もしくは入院分があった場合の限度額超過分の合計：(B)適用
ウ 70歳未満の人の21,000円以上の医療費の合計
ア・イ・ウを合算し、(C)の限度額を超えた部分が申請により払い戻される。

8 高額医療・高額介護合算療養費制度 ※改正：平成27年1月1日施行

高額医療・高額介護合算制度とは、医療費と介護サービスに係る自己負担がある世帯において、1年間（毎年8月から翌年7月末）に支払った自己負担額の合計額が高額になるときは、申請に基づき、自己負担限度額（※下記参照）を超える額が支給されます。

自己負担限度額（年）

【平成26年8月～平成27年7月】

区分		後期高齢者医療制度 +介護保険	被用者保険又は国保 (世帯内の70歳～74歳) +介護保険	被用者保険又は国保 (70歳未満を含む世帯) +介護保険
現役並み所得者		67万円	67万円	区分ア 176万円 区分イ 135万円 区分ウ 67万円 区分エ 63万円 区分オ 34万円 (※)
一般		56万円	56万円	
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	
	Ⅰ	19万円	19万円	

【平成27年8月以降】

区分		後期高齢者医療制度 +介護保険	被用者保険又は国保 (世帯内の70歳～74歳) +介護保険	被用者保険又は国保 (70歳未満を含む世帯) +介護保険
現役並み所得者		67万円	67万円	区分ア 212万円 区分イ 141万円 区分ウ 67万円 区分エ 60万円 区分オ 34万円 (※)
一般		56万円	56万円	
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	
	Ⅰ	19万円	19万円	

※区分ア：旧ただし書き所得901万円超
区分イ：同上 600万円超901万円以下
区分ウ：同上 210万円超600万円以下
区分エ：同上 210万円以下
区分オ：住民税非課税

9 身体障害者に対する支援制度

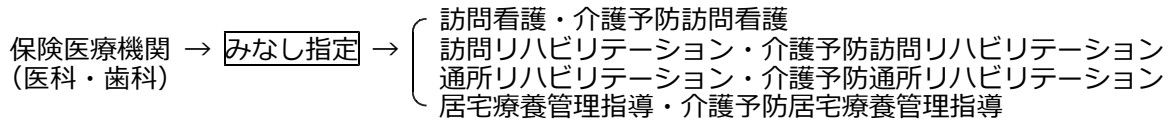
身体に、定められた程度以上の永続する障害がある人には、身体障害者手帳が交付されます。身体障害者手帳が交付された人には、障害の種類や程度に応じて医療に対する援助があります。

10 難病患者に対する支援制度

原因が不明であり、効果的な治療方法が未だ確立されていない難病の患者に対しては、特定疾患治療研究事業等により、医療費の自己負担額の公費負担を行っています。

11 介護保険制度における保険医療機関の位置づけについて

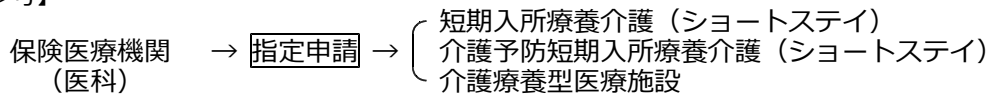
- 医療保険で保険医療機関として指定されると同時に、介護保険の居宅サービス事業者・介護予防サービス事業者として「みなし指定」されます。(下図のとおり)



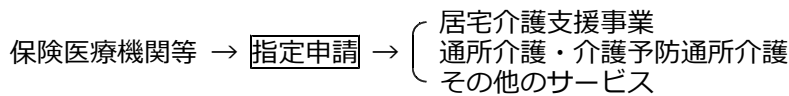
- ※「みなし指定」を受けた場合には、介護保険事業所として登録されますが、実際にサービス提供を行う場合は、必要に応じて、岡山県知事（岡山市、倉敷市及び新見市に所在する保険医療機関は各市長）（以下「岡山県知事等」という。）に対し体制届等を行う必要があります。
- ※指定時に、岡山県知事等に対し「みなし指定不要の申し出」を行うことができます。

- 他の居宅サービス事業、施設サービス事業等については、介護保険法に基づいて岡山県知事等に対する指定申請が必要です。

【参考】



- ※個人医院でも申請可能



- ※法人のみ申請可能

12 診療報酬と介護報酬の給付調整

- 平成12年4月からの介護保険制度の実施に併せて、診療報酬と介護報酬の給付調整に係るルールが設けられていますので、留意してください。

- 特に、要介護又は要支援認定を受けた後期高齢者医療受給者への療養の給付に留意してください。

(例) 要介護2の後期高齢者医療受給者に対するもの

訪問看護	{	医療保険：在宅患者訪問看護・指導料	←算定不可
		介護保険：訪問看護費	←算定（注1）
訪問リハビリ テーション	{	医療保険：在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	←算定不可
		介護保険：訪問リハビリテーション費	←算定（注2）

注1 別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に係る場合は、医療保険で算定します。

注2 急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理が必要である患者に係る場合は、医療保険で算定します。

- 診療報酬明細書の記載について

介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に「介」と記載すること。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診療を行った場合についても同様とし、この場合においては、介護保険適用の病床において、医療保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のためなど）を簡潔に記載すること。

医療保険と介護保険との給付調整

厚生労働大臣が定める療養

(平成18年3月20日 厚生労働省告示第142号)
(最終改正：平成24年3月26日 厚生労働省告示第161号)

健康保険法（大正11年法律第70条）第63条第4項（同法第85条第9項、第86条第12項及び第13項、第110条第7項並びに第149条において準用する場合を含む。）及び老人保健法（昭和57年法律第80号）第25条第6項（同法第31条の2第10項並びに第31条の3第9項及び第10項において準用する場合を含む。）の規定に基づき、厚生労働大臣が定める療養を次のように定め、平成18年4月1日から適用し、厚生労働大臣ノ定ムル療養（平成12年厚生省告示第171号）及び厚生労働大臣が定める療養（平成12年厚生省告示第175号）は、平成18年3月31日限り廃止する。

厚生労働大臣が定める療養

- 健康保険法の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条による改正前の介護保険法（平成9年法律第123号。以下「旧介護保険法」という。）第48条第1項第3号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第8条第26項に規定する療養病床等に入院している要介護者（介護保険法第7条第3項に規定する要介護者をいう。以下同じ。）の急性増悪等により、当該要介護者に対して緊急に行った療養（旧介護保険法第48条第1項の規定に基づき施設介護サービス費を支給されるものを除く。）
- 病院である指定介護療養型医療施設（旧介護保険法第48条第1項第3号に規定する指定介護療養型医療施設をいう。以下同じ。）であって療養病棟（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）に規定する療養病棟をいう。）に該当する病棟の数が1であるもの及び診療所である指定介護療養型医療施設において、療養病棟又は診療所の病室（療養病棟にあつては、患者の性別ごとに各1つの病室（当該病室の病床数が4を超える場合においては、当該病室のうち4病床に限る。）に限る。）のうち、当該病院又は診療所の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出たもの（当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して届け出たもの）に入院する者に対して行われる療養
- 診療報酬の算定方法別表第二に規定する療養（旧介護保険法第48条第1項の規定に基づき施設介護サービス費が支給されるものを除く。）

要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合

(平成20年3月27日 厚生労働省告示第128号)
(最終改正：平成28年3月31日 厚生労働省告示第168号)

診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）に基づき、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合を次のように定め、平成20年4月1日から適用し、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成18年厚生労働省告示第176号）は、平成20年3月31日限り廃止する。ただし、同日以前の日に行われた療養の費用の額の算定については、なお従前の例による。

要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合

診療報酬の算定方法第6号に規定する厚生労働大臣が定める場合は、別表第一の左欄各号に掲げる患者の区分に従い、同表の右欄に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる療養を行った場合とする。ただし、別表第二の左欄各号に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる療養に要する費用を算定する場合にあつては、同表の右欄に規定する算定方法による。

別表第一

患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
1 入院中の患者以外の患者であつて、次のいずれにも該当しないもの（以下「入院中の患者以外の患者」という。） イ 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又	次に掲げる点数が算定されるべき療養 1 別表第一第1章第1部に規定する点数 2 別表第一第2章第1部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの イ 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料 ロ 区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1 ハ 区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2 ニ 区分番号B005-9に掲げる排尿自立指導料 ホ 区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料 ヘ 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料 ト 区分番号B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料

<p>は介護予防短期入所療養介護を受けている患者</p> <p>□ 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設に入所している患者</p>	<p>3 別表第一第2章第2部に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>ロ 区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料</p> <p>ハ 区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料</p> <p>4 別表第一第2章第3部から第7部までに規定する点数</p> <p>5 別表第一第2章第8部に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号I005に掲げる入院集団精神療法</p> <p>ロ 区分番号I008に掲げる入院生活技能訓練療法</p> <p>ハ 区分番号I011に掲げる精神科退院指導料</p> <p>ニ 区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料</p> <p>6 別表第一第2章第9部から第13部までに規定する点数</p> <p>7 別表第二に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料</p> <p>ロ 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>ハ 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料</p> <p>8 別表第三に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>ロ 区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料</p>
<p>2 指定介護療養施設サービスを行う療養病床等（療養病床のうちその一部について専ら要介護者を入院させるものにあつては、当該専ら要介護者を入院させる部分に限る。以下「介護療養病床等」という。）以外の病床に入院している患者（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）</p>	<p>次に掲げる点数が算定されるべき療養</p> <p>1 別表第一第1章第2部に規定する点数</p> <p>2 別表第一第2章に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料</p> <p>ロ 区分番号B005-6-4に掲げる外来がん患者在宅連携指導料</p> <p>ハ 区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料（療養病棟に入院している患者に係るものを除く。）</p> <p>ニ 区分番号B005-7-2に掲げる認知症療養指導料（療養病棟に入院している患者に係るものを除く。）</p> <p>ホ 区分番号B007-2に掲げる退院後訪問指導料</p> <p>ヘ 区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料</p> <p>ト 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（注10から注12まで又は注14に掲げる場合に限る。）</p> <p>チ 第2部に規定する点数</p> <p>リ 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法</p> <p>ヌ 区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法</p> <p>ル 区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア（注5に掲げる場合又は区分番号A318に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を算定した場合を除く。）</p> <p>ヲ 区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア（注5に掲げる場合又は区分番号A318に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を算定した場合を除く。）</p> <p>ワ 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料</p> <p>カ 区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料</p> <p>3 別表第二に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料</p> <p>ロ 区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料</p> <p>ハ 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>ニ 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料</p> <p>ホ 区分番号C008に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料</p> <p>4 別表第三区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料</p>
<p>3 次に掲げる患者</p> <p>イ 介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院している患者</p> <p>ロ 短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は老人性認知症疾患療養病棟の病床（以下「療養室等」という。）において行われるものを</p>	<p>次に掲げる療養</p> <p>1 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の3のイの（1）から（4）までの注10又はロの（1）及び（2）の注7に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。）</p> <p>イ 別表第一第2章第1部に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>① 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料</p> <p>② 区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1</p> <p>③ 区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2</p> <p>④ 区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料</p> <p>⑤ 区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料</p> <p>⑥ 区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料</p> <p>⑦ 区分番号B005-6-4に掲げる外来がん患者在宅連携指導料</p> <p>⑧ 区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料</p>

除く。)又は介護
予防短期入所療養
介護(療養室等に
おいて行われるも
のを除く。)を
受けている患者

- ⑨ 区分番号B005-7-2に掲げる認知症療養指導料
- ⑩ 区分番号B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料
- ⑪ 区分番号B005-9に掲げる排尿自立指導料
- ⑫ 区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料
- ⑬ 区分番号B007-2に掲げる退院後訪問指導料
- ⑭ 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料
- ⑮ 区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料
- ⑯ 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)(注1、注3、注4、注7、注8又は注10から注15までに掲げる場合に限る。)
- ⑰ 区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料
- ⑱ 区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)
- ⑲ 区分番号B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料
- 別表第一第2章第4部に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの
 - ① 第1節通則第4号のイに規定する点数
 - ② 区分番号E001の1に掲げる単純撮影
 - ③ 区分番号E002の1に掲げる単純撮影
- 八 別表第一第2章第5部第3節に規定する点数(特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)第16第2号に掲げる薬剤に係るものに限る。)
- 二 別表第一第2章第6部第2節に規定する点数(特掲診療料の施設基準等第16第3号に掲げる薬剤(抗悪性腫瘍剤を除く。)に係るものに限る。)
- ホ 別表第一区分番号H005に掲げる視能訓練及び同表区分番号H006に掲げる難病患者リハビリテーション料
- へ 別表第一第2章第8部に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの
 - ① 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法
 - ② 区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法
 - ③ 区分番号I007に掲げる精神科作業療法
 - ④ 区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア(注5に掲げる場合を除く。)
 - ⑤ 区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア(注5に掲げる場合を除く。)
 - ⑥ 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料
 - ⑦ 区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料
- ト 別表第一第2章第9部に規定する点数(基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)別表第五第2号に掲げる処置に係るものを除く。)
- チ 別表第一第2章第10部から第12部までに規定する点数
- 2 次に掲げる点数が算定されるべき療養(指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の3のイの(1)から(4)までの注10又は口の(1)及び(2)の注7に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。)
- イ 別表第一第1章第1部に規定する点数
- 別表第一区分番号A400の1に掲げる短期滞在手術等基本料1
- 八 別表第一区分番号B005-7に掲げる認知症専門診療管理料
- 二 別表第一第2章第3部及び第4部に規定する点数
- ホ 別表第一第2章第5部に規定する点数(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)
- へ 別表第一第2章第6部に規定する点数(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)
- ト 別表第一第2章第8部に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの
 - ① 区分番号I011に掲げる精神科退院指導料
 - ② 区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料
 - ③ 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料
 - ④ 区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料
- チ 別表第一第2章第9部から第13部までに規定する点数
- 3 別表第二に規定する点数であって次に掲げる点数以外のものが算定されるべき療養
 - イ 区分番号B004-1-4に掲げる入院栄養食事指導料
 - 区分番号B004-9に掲げる介護支援連携指導料
 - 八 区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料
 - 二 区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料
 - ホ 区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料
 - へ 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料
 - ト 区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料
 - チ 区分番号B011-4に掲げる退院時薬剤情報管理指導料
 - リ 区分番号B014に掲げる退院時共同指導料1
 - ヌ 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2

	<p>ル 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ヲ 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料 フ 区分番号C008に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料</p>
<p>4 次に掲げる患者 イ 介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る。）に入院している患者 □ 老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者</p>	<p>次に掲げる療養</p> <p>1 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の3のハの（1）から（3）までの注5に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。）</p> <p>イ 別表第一区分番号A227に掲げる精神科措置入院診療加算 □ 別表第一第2章第5部第3節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第16第2号に掲げる薬剤に係るものに限る。） ハ 別表第一第2章第6部第2節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第16第3号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く。）に係るものに限る。） ニ 別表第一第2章第8部に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>① 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法 ② 区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法 ③ 区分番号I007に掲げる精神科作業療法 ④ 区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア（注5に掲げる場合を除く。） ⑤ 区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア（注5に掲げる場合を除く。） ⑥ 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料 ⑦ 区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料</p> <p>2 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の3のハの（1）から（3）までの注5に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。）</p> <p>イ 別表第一第1章第1部に規定する点数 □ 別表第一区分番号A400の1に掲げる短期滞在手術等基本料1 ハ 別表第一第2章第3部及び第4部に規定する点数 ニ 別表第一第2章第5部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。） ホ 別表第一第2章第6部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。） ヘ 別表第一第2章第8部に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>① 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法 ② 区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法 ③ 区分番号I011に掲げる精神科退院指導料 ④ 区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料 ⑤ 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料 ⑥ 区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料</p> <p>ト 別表第一第2章第9部から第13部までに規定する点数</p> <p>3 別表第二に規定する点数であって次に掲げる点数以外のものが算定されるべき療養</p> <p>イ 区分番号B004-1-4に掲げる入院栄養食事指導料 □ 区分番号B004-9に掲げる介護支援連携指導料 ハ 区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料 ニ 区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料 ホ 区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料 ヘ 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料 ト 区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料 チ 区分番号B011-4に掲げる退院時薬剤情報管理指導料 リ 区分番号B014に掲げる退院時共同指導料1 ヌ 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2 ル 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ヲ 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料 フ 区分番号C008に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料</p>
<p>5 次に掲げる患者 イ 介護老人保健施設に入所している患者 □ 介護老人保健施設において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療</p>	<p>次に掲げる点数が算定されるべき療養</p> <p>1 別表第一第3章に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1の例により算定する点数 □ 区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）の例により算定する点数</p> <p>2 別表第二に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>イ 区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料 □ 区分番号B014に掲げる退院時共同指導料1 ハ 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p>

養介護を受けている患者	二 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料 ホ 区分番号C008に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料
6 次に掲げる患者（以下「介護老人福祉施設入所者」という。） イ 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所している患者 ロ 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者	次に掲げる点数が算定されるべき療養 1 別表第一に規定する点数（当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るものを除く。） 2 別表第二及び別表第三に規定する点数
備考 1 この表において「法」とは、介護保険法（平成9年法律第123号）をいう。 2 この表において「患者」とは、法第62条に規定する要介護被保険者等である患者をいう。 3 この表において「短期入所生活介護」とは、法第8条第9項に規定する短期入所生活介護をいう。 4 この表において「介護予防短期入所生活介護」とは、法第8条の2第7項に規定する介護予防短期入所生活介護をいう。 5 この表において「短期入所療養介護」とは、法第8条第10項に規定する短期入所療養介護をいう。 6 この表において「介護予防短期入所療養介護」とは、法第8条の2第8項に規定する介護予防短期入所療養介護をいう。 7 この表において「地域密着型介護老人福祉施設」とは、法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設をいう。 8 この表において「介護老人福祉施設」とは、法第8条第27項に規定する介護老人福祉施設をいう。 9 この表において「介護老人保健施設」とは、法第8条第28項に規定する介護老人保健施設をいう。 10 この表において「指定介護療養施設サービス」とは、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条による改正前の介護保険法（以下「旧介護保険法」という。）第48条第1項第3号に規定する指定介護療養施設サービスをいう。 11 この表において「療養病床等」とは、旧介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等をいう。 12 この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第144条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。 13 この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。	

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
1 別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（注2に係る場合に限る。）が算定されるべき療養	1 入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 2 介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院している患者については、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る、算定できる。
2 別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（注3又は注13に掲げる場合に限る。）が算定されるべき療養	同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。
3 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第一区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料 ロ 別表第一区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料 ハ 別表第一区分番号C003に掲げる	入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料、別表第一区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総

在宅がん医療総合診療料	合管理料又は別表第一区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を除く。）に、当該サービスの利用を開始した日から30日の間に限り、算定できる。
3の2 別表第一区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料が算定されるべき療養	特定施設又は地域密着型特定施設に入居している患者（外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。）については、算定できない。
4 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第一区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料 □ 別表第一区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料	特掲診療料の施設基準等別表第七に規定する疾病等の患者又は急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に係るものである場合に限り、算定できる。
4の2 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第一区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注10に規定する加算 □ 別表第一区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料の注10に規定する加算	特掲診療料の施設基準等別表第七に規定する疾病等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に係るものである場合（当該患者について、同一月において、ターミナルケア加算又は看取り加算を算定している場合を除く。）に限り、算定できる。
5 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第一区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注11に規定する加算 □ 別表第一区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料の注11に規定する加算	特掲診療料の施設基準等別表第七に規定する疾病等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に係るものである場合（当該患者について、同一月において、特別管理加算を算定している場合を除く。）に限り、算定できる。
5の2 別表第一区分番号C006に掲げる在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料が算定されるべき療養	急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理が必要である患者に係るものである場合に限り、算定できる。
5の3 別表第一区分番号C012に掲げる在宅患者共同診療料の2に掲げる点数又は在宅患者共同診療料の3に掲げる点数が算定されるべき療養	入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、算定できない。
6 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第一区分番号I005に掲げる入院集団精神療法 □ 別表第一区分番号I008に掲げる入院生活技能訓練療法	同一日に、精神科作業療法又は認知症老人入院精神療法を行い、特定診療費を算定した場合には、算定できない。
6の2 別表第一区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）が算定されるべき療養	入院中の患者以外の患者については、認知症でない患者（別表第一区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する者を除く。）に限り、算定できる。
6の3 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第一区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は精神科訪問看護・指導料（Ⅲ） □ 別表第一区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料	介護老人福祉施設入所者については、認知症でない患者に限り、算定できる。
7 次に掲げる点数が算定されるべき療養	入院中の患者以外の患者については、同一月において、居宅

<p>イ 別表第二区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料 □ 別表第二区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料 ハ 別表第二区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（注2又は注6に掲げる場合に限る。）</p>	<p>療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（歯科医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。</p>
<p>8 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第二区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料 □ 別表第二区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料</p>	<p>入院中の患者以外の患者については、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（歯科医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。</p>
<p>9 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第二区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 □ 別表第二区分番号C008に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料</p>	<p>介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合に限り、算定できる。</p>
<p>10 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第三区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料 □ 別表第三区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料 ハ 別表第三区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料</p>	<p>入院中の患者以外の患者については、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（薬剤師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合にあっては、この限りでない。</p>
<p>11 別表第三区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料が算定されるべき療養</p>	<p>入院中の患者以外の患者については、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（薬剤師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。</p>
<p>12 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ 別表第三区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 □ 別表第三区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 ハ 別表第三区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料</p>	<p>介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合に限り、算定できる。</p>
<p>13 別表第三区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料が算定されるべき療養</p>	<p>入院中の患者以外の患者については、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（薬剤師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。</p>
<p>備考</p> <ol style="list-style-type: none"> この表において「法」とは、介護保険法をいう。 この表において「患者」とは、法第62条に規定する要介護被保険者等である患者をいう。 この表において「居宅療養管理指導」とは、法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導をいう。 この表において「介護予防居宅療養管理指導」とは、法第8条の2第5項に規定する介護予防居宅療養管理指導をいう。 この表において「居宅療養管理指導費」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表の5に規定する居宅療養管理指導費をいう。 この表において「介護予防居宅療養管理指導費」とは、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）別表の5に規定する介護予防居宅療養管理指導費をいう。 この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第144条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。 この表において「短期入所療養介護」とは、法第8条第10項に規定する短期入所療養介護（療養室等において行われるものを除く。）をいう。 	

- 9 この表において「介護予防短期入所療養介護」とは、法第8条の2第8項に規定する介護予防短期入所療養介護（療養室等において行われるものを除く。）をいう。
- 10 この表において「小規模多機能型居宅介護」とは、法第8条第18項に規定する小規模多機能型居宅介護をいう。
- 11 この表において「複合型サービス」とは、法第8条第22項に規定する複合型サービスをいう。
- 12 この表において「特定施設」とは、法第8条第11項に規定する特定施設をいう。
- 13 この表において「地域密着型特定施設」とは、法第8条第20項に規定する地域密着型特定施設をいう。
- 14 この表において「外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護をいう。
- 15 この表において「外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護」とは、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護をいう。
- 16 この表において「ターミナルケア加算」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の3の注12に規定するターミナルケア加算、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表の1の注10に規定するターミナルケア加算及び指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の8のチに規定するターミナルケア加算をいう。
- 17 この表において「看取り加算」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の10のニに規定する看取り介護加算、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の5の注5、別表の6の注6及び別表の7のフに規定する看取り介護加算並びに指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の1のルに規定する看取り介護加算をいう。
- 18 この表において「特別管理加算」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の3の注11に規定する特別管理加算及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の3の注10に規定する特別管理加算をいう。
- 19 この表において「精神科作業療法」とは、厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数（平成12年厚生省告示第30号）別表の16に規定する精神科作業療法をいう。
- 20 この表において「認知症老人入院精神療法」とは、厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数別表の17に規定する認知症老人入院精神療法をいう。
- 21 この表において「特定診療費」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の9の二の（6）に掲げる特定診療費、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の3の八の（13）に掲げる特定診療費及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の9の二の（5）に掲げる特定診療費をいう。
- 22 この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。

保医発0325第8号
平成28年3月25日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に
関連する事項等について」の一部改正について

標記については、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第93号）等が公布され、平成28年4月1日から適用されることに伴い、下記の通知の一部を改正することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

記

- ・「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部改正
記以下を別添のとおり改正し、平成28年4月1日から適用する。

第1 厚生労働大臣が定める療養告示について

1 第1号関係について

- (1) 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能であり、この場合の当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行うものであること。
- (2) 介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険からの給付は行わないものであること。

2 第2号関係について

- (1) 療養病棟（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等に係る病棟をいう。以下同じ。）に該当する病棟が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ病室（当該病院にあっては、患者の性別ごとに各1つの合計2つの病室（各病室の病床数が4を超える場合については4病床を上限とする。））を定め、当該病室について地方厚生（支）局長に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。
- (2) 当該届出については、別紙様式1から8までに従い、医療保険からの給付を行う場合の入院基本料の区分のほか、夜間勤務等の体制、療養環境等について記載するものであること。入院基本料の区分については、原則として、介護保険適用病床における療養型介護療養施設サービス費又は診療所型介護療養施設サービス費の算定に係る看護師等の配置基準と同一のものに相当する入院基本料を届け出るものであること。

3 第3号関係について

介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行うものであること。

第2 医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

- 1 同一の病棟で医療保険適用と介護保険適用の病床を病室単位で混在できる場合
 - (1) 療養病棟を2病棟以下しか持たない病院及び診療所
 - (2) 病院であって、当該病院の療養病棟（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けることについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、平成30年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、介護保険から行うものとする。
 - (3) 病院（指定介護療養型医療施設であるものに限る。）であって、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を除外し、当該病室に入院する者について療養の給付（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第1項の療養の給付をいう。）を行おうとすることについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、平成30年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。
- 2 施設基準関係
 - (1) 1 保険医療機関における介護保険適用の療養病床（以下「介護療養病床」という。）と医療保険適用の療養病床（以下「医療療養病床」という。）で別の看護師等の配置基準を採用できること。
 - (2) 1 病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合については、各保険適用の病床ごとに、1 病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等（医療療養病床の場合は療養病棟入院基本料1又は2、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費）を採用するものとする。このため、1 病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することもできるものであること。なお、医療療養病床に係る届出については、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第1号）に基づき、療養病棟入院基本料1若しくは2又は有床診療所療養病床入院基本料を届け出るものであること。
 - (3) 夜間勤務等の体制については、病棟ごとに届出を行うことが可能であるが、1 病棟を医療療養病床と介護療養病床とに分ける場合には、各保険適用の病床ごとに、1 病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる夜間勤務等の体制を採用するものとする。

- 3 入院期間、平均在院日数の考え方について
 - (1) 介護保険適用病床に入院している患者が、急性増悪等により一般病棟での医療が必要となり、同病棟に転棟した場合は、転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様に取り扱うこと。
 - (2) (1)以外の場合についての入院期間の考え方については、介護保険適用の病床に入院している期間についても、医療保険適用病床に入院している場合と同様に取り扱うものであること。
 - (3) 平均在院日数の考え方については、(1)及び(2)と同様であること。

- 4 介護保険適用病床に入院中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて
 - (1) 介護保険適用病床において、緊急その他の場合において療養の給付を受けた場合において、当該医療保険における請求については、「入院外」のレセプトを使用すること。
 - (2) この場合において、医療保険における患者の一部負担の取扱いについても通常の外来に要する費用負担によるものであること。

- 5 医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費及び特別療養費の算定における留意事項
 - (1) 同一施設内の医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合、当該転床した月においては、特定診療費として定められた初期入院診療管理は算定できないものであること。ただし、当該医療保険適用病床と介護保険適用病床における入院期間が通算して6月以内の場合であって、当該介護保険適用病床に転床した患者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、入院診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。
 - (2) 同一施設内の医療保険適用病床から、介護療養型老人保健施設に入所した者又は当該医療機関と一体的に運営されるサテライト型小規模介護療養型老人保健施設に入所した者にあつては、特別療養費に定める初期入所診療加算は算定できないものであること。ただし、当該施設の入所期間及び当該施設入所前の医療保険適用病床における入所期間が通算して6月以内の場合であつて、当該入所した者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。
 - (3) 医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床又は介護療養型老人保健施設に入所した場合、当該転床又は入所した週において、医療保険の薬剤管理指導料を算定している場合には、特定診療費又は特別療養費として定められた薬剤管理指導は算定できないものであること。また、介護保険適用病床から医療保険適用病床に転床又は介護療養型老人保健施設から医療保険適用病床に入院した場合についても同様であること。
 - (4) 特定診療費として定められた理学療法、作業療法、言語聴覚療法、集団コミュニケーション療法及び精神科作業療法並びに特別療養費として定められた言語聴覚療法及び精神科作業療法を行う施設については、医療保険の疾患別リハ

ビリテーション及び精神科作業療法を行う施設と同一の場合及びこれらと共用する場合も認められるものとする。ただし、共用する場合にあっては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費又は特別療養費及び医療保険のそれぞれにおいて定められた施設基準の両方を同時に満たす必要があること。

6 介護療養型医療施設に入院中の患者の医療保険における他保険医療機関への受診について

- (1) 介護療養型医療施設に入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護療養型医療施設以外での診療の必要が生じた場合は、他保険医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とする。
- (2) 介護療養施設サービス費を算定している患者について、当該介護療養施設サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。
- (3) (2)にかかわらず、介護療養施設サービス費を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他保険医療機関において、当該診療に係る費用を算定できる。ただし、短期滞在手術等基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。

ア 初・再診料

イ 短期滞在手術等基本料1

ウ 検査

エ 画像診断

オ 精神科専門療法

カ 処置

キ 手術

ク 麻酔

ケ 放射線治療

コ 病理診断

- (4) 他保険医療機関は、(3)のアからコまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している介護療養型医療施設から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、「入院介護療養型医療施設名」、「受診した理由」、「診療科」及び「○他○介(受診日数：○日)」と記載する。

第3 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとし、別紙を参照のこと。

第4 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

1 同一日算定について

診療報酬点数表の別表第一第2章第2部（在宅医療）に掲げる療養に係る同一日算定に関する考え方については、介護保険の指定居宅サービスは対象とするものではないこと。

2 月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、1月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月4回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものであること。

3 訪問診療に関する留意事項について

(1) 指定特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項）、指定地域密着型特定施設（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項）又は指定介護予防特定施設（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第230条第1項）のいずれかに入居する患者（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。）については在宅がん医療総合診療料は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については在宅患者連携指導料は算定できない。

(3) 特別養護老人ホーム入居者に対しては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年保医発第0331002号）に定める場合を除き、在宅患者訪問診療料、在宅患者共同診療料2及び在宅患者共同診療料3を算定できない。

4 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事項について

介護保険におけるターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定できない。

5 在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について

介護保険における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した日は調剤に係る在宅患者緊急時等共同指導料を算定できない。

6 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に関する留意事項について

小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所において通所サービス中に実施される点滴注射には算定できない。

7 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）に関する留意事項について

精神疾患を有する患者であり、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者（精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する者を除く。）については算定できない。

8 訪問看護等に関する留意事項について

(1) 訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。）第2の1の（1）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合（退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第2の1の（1）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）、精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合（認知症でない患者に指定訪問看護を行う場合に限る。）及び入院中（外泊日を含む。）に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

ただし、その場合であっても、介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定している月にあつては24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算、介護保険における特別管理加算を算定している月にあつては医療保険の特別管理加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については在宅患者連携指導加算は算定できない。

9 訪問リハビリテーションに関する留意事項について

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、6月に1回、14日間に限り算定できる。

10 リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）に移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、必要な場合（介護老人保健施設の入所者である場合を除く。）には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日前の2月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日で医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該終了する日前の1月間に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとする。

また、医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日として最初に設定した日以降については、原則どおり、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないものであるので留意すること。

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。

11 重度認知症患者デイ・ケア料等に関する留意事項について

- (1) 医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（以下「重度認知症患者デイ・ケア料等」という。）を算定している患者に対しては、当該重度認知症患者デイ・ケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、要介護被保険者等である患者であって、特定施設（指定特定施設、指定域密着型特定施設又は指定介護予防特定施設に限る。）の入居者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

- (2) グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者については、医療保険の重度認知症患者デイ・ケア料は算定できないものであること。ただし、認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMに該当するものについては、この限りではないこと。

12 人工腎臓等に関する留意事項について

介護老人保健施設の入所者について、人工腎臓の「1」を算定する場合の取扱いは、介護老人保健施設の入所者以外の場合と同様であり、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の費用は人工腎臓の所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(別紙)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)		2. 入院中の患者				3. 入所中の患者					
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者 ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者				
初・再診料		○		×	×	○	×	○	×	○ (入院に係るものを除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)	
入院料等		—		○	×	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	○ (A227精神科措置入院診療加算に限る。)	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	—	—	—	
医学 管 理 等	B001の10 入院栄養食事指導料	—		○	×		×		—	—	—	
	B001の24 外来緩和ケア管理料	○		—	—	×	—	×	×	○	○	
	B001の25 移植後患者指導管理料	○		—	—	×	—	×	×	○	○	
	B001の26 挿込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○		—	—	×	—	×	×	○	○	
	B001の27 糖尿病透析予防指導管理料	○		—	—	×	—	×	×	○	○	
	B001-2-5 院内トリアージ実施料	○		—	—	×	—	×	×	○	○	
	B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	○		—	—	×	—	×	×	○	○	
	B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	○		—	—	×	—	×	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○	
	B001-2-8 外来放射線照射診療料	○		—	—	×	—	×	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○	
	B004 退院時共同指導料1	—		○		×		×	×	×	×	
	注2加算	—		○		×		×	×	×	×	
	B005 退院時共同指導料2	—		○		×		×	—	—	—	
	B005-1-2 介護支援連携指導料	—		○		×		×	—	—	—	
	B005-6 がん治療連携計画策定料	—		○		×		×	—	—	—	
	B005-6-2 がん治療連携指導料	○		—		×		×	×	○	○	
	B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	○		—		—		—	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○	
	B005-7 認知症専門診断管理料1	○		○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	○		—	×	×	○	○
	B005-7 認知症専門診断管理料2	○		○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	○		—	×	×	○	○
	B005-7-2 認知症療養指導料	○		○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	—		—	×	×	○	○
	B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	○		○		×		×	×	○	○	
	B005-9 排尿自立指導料	—		○		×		×	—	—	—	
	B007 退院前訪問指導料	—		○		×		×	—	—	—	
	B007-2 退院後訪問指導料	○		—		—		—	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○	
B008 薬剤管理指導料	—		○		×		×	—	—	—		
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	○		—		—		—	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○		
B009 診療情報提供料(1)												
注1		○		○	×		×		×	○	○	
注2		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		○	○ (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。)	×		×	×	×	×	
注3及び注13加算		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		○	×		×		×	○	○	

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)				2. 入院中の患者				3. 入所中の患者			
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者		
医学 管 理 等	注4		○		○		×		×	×	○	×
	注5及び注6		○		○	○	×		×	×		○
	注7加算及び注8加算		○		○	×			×	×		○
	注9加算		○		○	○	×		×	×		○
	注10加算(認知症専門医療機関連携加算) 注11加算(精神科医連携加算) 注12加算(肝炎インターフェロン治療連携加算)		○		—	—	—		×	×		○
	注14加算(地域連携診療計画加算)		○		—	—	—		×	×		×
	注15加算(検査・画像情報提供加算)		○		○	×			×	×		○
	B009-2 電子的診療情報評価料		○		○	×			×	×		○
	B010 診療情報提供料(Ⅱ)		○		○	×			×	×		○
	B014 退院時薬剤情報管理指導料		—		○	—			—	—		—
上記以外		○		○	○	×		×	×		○ ※1	
在宅 医 療	C000 往診料 C012 在宅患者共同診療料1		○		—	—		—	×	○		○ (配置医師が行う場合を除く。)
	C001 在宅患者訪問診療料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定)	○		○ ※10		○		—	×			ア:○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算・看取り加算は算定できない。) イ:○ ※10
	C012 在宅患者共同診療料2 C012 在宅患者共同診療料3 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定)	○		×		○		—	×			×
	C002 在宅時医学総合管理料	○ (養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。)		○ ※10		—		—	×			—
	C002-2 施設入居時等医学総合管理料	○ (定員110名以下の養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者並びに特別養護老人ホームの入所者(末期の悪性腫瘍のものに限る。))に限る。)		—		○		—	—			ア:○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。) イ:○ ※10
	C003 在宅がん医療総合診療料	○		○ ※10	○	×	○		—	×		×
C005 在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)			○ ※2		—	—		—	×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者				3. 入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護) うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関
在宅医療	在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ターミナルケア加算	○ ※2 (同一月において、介護保険のターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定していない場合に限る。)			—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。)
	在宅移行管理加算	○ ※2 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)			—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
	その他の加算	○ ※2			—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
	C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	○	○ ※2	○ ※2	—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
	C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)	×			—	—	—	—	×	×
	注2	(急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。)			—	—	—	—	—	—
	C007 訪問看護指示料	○			—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
	C007-2 介護職員喀痰吸引等指示料	○			—	—	—	—	—	—
	C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)	×			—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
	C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)	×			—	—	—	—	×	×
	C010 在宅患者連携指導料	×			—	—	—	—	×	×
	C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料	○			—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
	C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	○			—	—	—	—	×	×
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料	○			—	—	—	—	×	○ ※1	
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○			—	—	—	—	○	○	
検査	○			○	×	○	×	○ ※7	○	
画像診断	○			○	○ (単純撮影に係るものを除く。)	○	×	○	○	
投薬	○			○	○ ※3 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※3 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※3 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※3 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※3 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○
注射	○			○	○ ※4 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※4 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※4 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※4 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※5 (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○
リハビリテーション	○ (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は算定不可(目標設定等支援・管理料を算定する支援における紹介、提案等により1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合を除く。))			○	○ (H005 視能訓練及びH006 難病患者リハビリテーション料に限る。)	×	×	○ ※7	○ (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は算定不可(目標設定等支援・管理料を算定する支援における紹介、提案等により1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合を除く。))	

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)				2. 入院中の患者				3. 入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
1002 通院・在宅精神療法 (1 通院精神療法に限る)	○			—	—	○	×		×		○ ※1
1002 通院・在宅精神療法 (2 在宅精神療法に限る)	○			—	—	—	×		×		○ (ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)
1003-2 認知療法・認知行動療法	○			—	—	○	×		×		○ (ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)
1005 入院集団精神療法	—			○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	—		—		—
1007 精神科作業療法	○			○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	×	○	×	○	×		○
1008 入院生活技能訓練療法	—			○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	—		—		—
1008-2 精神科ショート・ケア 1009 精神科デイ・ケア	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可)	○	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	○ (精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。)	—	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	—	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	×		○
注5	—			○	○	—	○	—	—		—
1010 精神科ナイト・ケア 1010-2 精神科デイ・ナイト・ケア	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可)	○	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	—	—	—	—	—	×		○
1011 精神科退院指導料 1011-2 精神科退院前訪問指導料	—			○	○	—	○	—	—		—
1012 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)	○ ※9			—	—	—	—	—	—		○ (認知症患者を除く。)
1012 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	○			—	—	—	—	—	—		—
1012-2 精神科訪問看護指示料	○			—	—	—	—	—	—		○ (認知症患者を除く。)
1015 重度認知症患者デイ・ケア料	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可)	○	○ (認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMのものに限る。)	○ (重度認知症患者デイ・ケアを行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	—	—	—	—	×		○
1016 精神科重症患者早期集中支援管理料	○			—	—	—	—	—	×		×
上記以外	○			○	○	○	×	○	×		○ ※1
処置	○			○	○ ※6	○	×	○	○ ※7		○
手術	○			○	○	○	×	○	○ ※7		○

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)		2. 入院中の患者				3. 入所中の患者			
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
麻酔		○		○	○	×	○	○	※7	○
放射線治療		○		○	○	×	○	○		○
病理診断		○		○	×	○	×	○		○
B000-4 歯科疾患管理料 B002 歯科特定疾患療養管理料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		○	○		○	○		○
B004-1-4 入院栄養食事指導料		—		○	×		×	—		—
B004-9 介護支援連携指導料		—		○	×		×	—		—
B006-3 がん治療連携計画策定料		—		○	×		×	—		—
B006-3-2 がん治療連携指導料		○		—	×		×	×		○
B007 退院前訪問指導料		—		○	×		×	—		—
B008 薬剤管理指導料		—		○	×		×	—		—
B008-2 薬剤総合評価調整管理料		○		—	—		—	×		○
B009 診療情報提供料(Ⅰ)(注2及び注6)		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		○	○		○	○		○ ※1
B011-4 退院時薬剤情報管理指導料		—		○	—		—	—		—
B014 退院時共同指導料1		—		○	×		×	×		×
B015 退院時共同指導料2		—		○	×		×	—		—
C001 訪問歯科衛生指導料		×		○	○		○	○		○
C001-3 歯科疾患在宅療養管理料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		○	○		○	○		○
C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		○	○		○	○		○
C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料		×		—	×		×	×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C007 在宅患者連携指導料		×		—	—		—	×		×
C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料		○		—	—		—	×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
上記以外		○		○	○		○	○		○
10 薬剤服用歴管理指導料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)		—	—		—	—		○
13の2 かかりつけ薬剤師指導料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)		—	—		—	—		×
13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)		—	—		—	—		×
14の2 外来服薬支援料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		—	—		—	—		○
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料		×		—	×		×	×		○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者				3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1 うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。) うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関
15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		○		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の3 在宅患者緊急時等共同指導料		○ (同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の4 退院時共同指導料		—		○	×	×	×	×	×
15の5 服薬情報等提供料		○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		—	—	—	—	—	○
上記以外		○		—	—	—	—	—	○
01 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)(注加算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)		○ ※2		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
01-2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)(注加算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)		○ ※9		—	—	—	—	—	○ (認知症患者を除く。)
01-2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)(注加算を含む。)	○	—	—	—	—	—	—	—	—
01-3 訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)		—		○	○	○	○	—	—
02 訪問看護管理療養費		○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
24時間対応体制加算 24時間連絡体制加算		○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。)		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
特別管理加算		○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
退院時共同指導加算		○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
退院支援指導加算		○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。)		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
在宅患者連携指導加算		×		—	—	—	—	—	×
在宅患者緊急時等カンファレンス加算		○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。)
03 訪問看護情報提供療養費		○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)		—	—	—	—	—	×

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)		2. 入院中の患者				3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)		うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)を算定した日の場合	併設保険医療機関 併設保険医療機関以外の保険医療機関
05 訪問看護ターミナルケア療養費	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険によるターミナルケア加算を算定していない場合に限る。)	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者(同一月において、介護保険による看取り介護加算を算定していない場合に限る。)	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者(認知症でない者に限る。))に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。)	

- ※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。
- ※2 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。
- ※3 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)
- ※4 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。)
・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能又は効果を有するものに限る。)
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
- ※5 次に掲げる費用に限る。
・外来化学療法加算
・静脈内注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)
・動脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
・抗悪性腫瘍剤局所持続注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
・点滴注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)
・中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
・植込型カテーテルによる中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
・エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
・ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
・抗悪性腫瘍剤(外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。)
・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
・インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。)
・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の効能又は効果を有するものに限る。)
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用
- ※6 創傷処置(手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。)、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。
- ※7 検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ、特掲診療料の施設基準(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第12の第1号、第2号、第3号、第4号又は第5号に掲げるものを除く。
- ※8 死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。))において看取った場合(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。))に限る。
- ※9 認知症患者を除く。(ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者にあつてはこの限りではない。)
- ※10 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療を算定した保険医療機関の医師(配置医師を除く。)が診察した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。

平成28年3月25日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第52号）等が公布され、平成28年4月1日から適用されることに伴い、下記の通知の一部を改正することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

記

- ・「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）の一部改正

記以下を別添のとおり改正し、平成28年4月1日から適用する。

別 添

- 1 保険医が、次の(1)から(6)までのいずれかに該当する医師(以下「配置医師」という。)である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療(特別の必要があつて行う診療を除く。)については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付(以下「他給付」という。)において評価されているため、初診料、再診料(外来診療料を含む。)、小児科外来診療料及び往診料を算定できない。
 - (1) 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(昭和41年厚生省令第19号)第12条第1項第2号、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第46号)第12条第1項第2号、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第121条第1項第1号又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)第129条第1項第1号の規定に基づき、養護老人ホーム(定員111名以上の場合。以下同じ。)、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所又は指定介護予防短期入所生活介護事業所に配置されている医師
 - (2) 病院又は診療所と特別養護老人ホームが併設(「病院又は診療所と介護老人保健施設等との併設等について」(平成19年7月30日医政発第0730001号・老発第0703001号)にいう併設をいう。)されている場合の当該病院又は診療所(以下「併設医療機関」という。)の医師
なお、病院又は診療所と養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)(以下「障害者総合支援法」という。)第5条第7項に規定する生活介護を行う施設に限る。(3)において同じ。)、盲導犬訓練施設、救護施設、乳児院又は情緒障害児短期治療施設が合築又は併設されている場合についても同様の取扱いとする。
 - (3) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第172号)第4条第1項第1号の規定に基づき、指定障害者支援施設に配置されている医師
 - (4) 障害者総合支援法第5条第6項に規定する療養介護を行う事業所(以下「療養介護事業所」という。)に配置されている医師
 - (5) 救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供施設の設備及び運営に関する最低基準(昭和41年厚生省令第18号)第11条第1項第2号の規定に基づき、救護施設(定員111名以上の場合。以下同じ。)に配置されている医師
 - (6) 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準(昭和23年厚生省令第63号)第21条第1項又は第73条第1項の規定に基づき、乳児院(定員100名以上の場合。以下同じ。)又

は情緒障害児短期治療施設に配置されている医師

2 保険医が次の表の左欄に掲げる医師に該当する場合は、それぞれ当該保険医（併設医療機関の医師を含む。）の配置されている施設に入所している患者に対する一部の診療については他給付で評価されていることから、同表の右欄に掲げる診療報酬を算定できない。

保険医	診療報酬
<ul style="list-style-type: none"> ・配置医師（全施設共通。） 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定疾患療養管理料 ・地域包括診療料 ・認知症地域包括診療料 ・小児かかりつけ診療料 ・生活習慣病管理料 ・退院前訪問指導料 ・在宅自己注射指導管理料 ・在宅小児低血糖症患者指導管理料 ・在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 ・在宅自己腹膜灌流指導管理料 ・在宅血液透析指導管理料 ・在宅酸素療法指導管理料 ・在宅中心静脈栄養法指導管理料 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 ・在宅小児経管栄養法指導管理料 ・在宅自己導尿指導管理料 ・在宅人工呼吸指導管理料 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 ・在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 ・在宅寝たきり患者処置指導管理料 ・在宅自己疼痛管理指導管理料 ・在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 ・在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 ・在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 ・在宅肺高血圧症患者指導管理料 ・在宅気管切開患者指導管理料 ・在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 ・在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料

	・在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
・指定障害者支援施設の配置医師 （生活介護を行う施設に限る。）	・小児科療養指導料
・情緒障害児短期治療施設の配置医師	・通院・在宅精神療法 ・救急患者精神科継続支援料 ・心身医学療法 ・通院集団精神療法 ・精神科作業療法 ・精神科ショート・ケア ・精神科デイ・ケア ・精神科ナイト・ケア ・精神科デイ・ナイト・ケア
・乳児院又は情緒障害児短期治療施設の配置医師	・小児特定疾患カウンセリング料

3 保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない。

4 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）、療養介護事業所、救護施設、乳児院又は情緒障害児短期治療施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

- ・外来栄養食事指導料
- ・集団栄養食事指導料
- ・在宅療養指導料
- ・乳幼児育児栄養指導料
- ・退院時共同指導料
- ・介護支援連携指導料
- ・診療情報提供料（Ⅰ）（注2、注4及び注14に該当する場合に限る。）
- ・在宅患者訪問診療料

ただし、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、当該患者のサービ

ス利用開始後30日までの間、在宅患者訪問診療料を算定することができる。また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。なお、当該患者について、介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算(以下「看取り介護加算」という。)を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算及び看取り加算は算定できない。

ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合

イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において看取った場合(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。)

- ・在宅患者共同診療料2及び3
- ・在宅時医学総合管理料
- ・施設入居時等医学総合管理料

ただし、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師(配置医師を除く。)が診察した場合に限り、当該患者のサービス利用開始後30日までの間、施設入居時等医学総合管理料を算定することができる。また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には施設入居時等医学総合管理料を算定することができる。なお、当該患者について、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算及び看取り加算は算定できない。

ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合

イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において看取った場合(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。)

- ・在宅がん医療総合診療料
- ・在宅患者訪問看護・指導料(特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。ただし、当該患者について、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算は算定できない。)
- ・同一建物居住者訪問看護・指導料(特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。ただし、当該患者について、看取り介護加算を算定している場合には、同一建物居住者ターミナルケア加算は算定できない。)
- ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料(特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性

腫瘍であるものを除く。)

- ・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- ・訪問看護指示料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。)
- ・介護職員喀痰吸引等指示料
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。)
- ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。)
- ・在宅患者緊急時等共同指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。)
- ・在宅患者訪問栄養食事指導料
- ・在宅患者連携指導料
- ・在宅患者緊急時等カンファレンス料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。)
- ・在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・精神科訪問看護・指導料（認知症の患者に限る。)
- ・精神科訪問看護指示料（認知症の患者に限る。ただし、精神科訪問看護基本療養費Ⅱを算定する患者は除く。)
- ・精神科重症患者早期集中支援管理料
- ・訪問看護基本療養費（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。)
- ・精神科訪問看護基本療養費（認知症の患者に限る。)
- ・訪問看護管理療養費（24時間対応体制加算、24時間連絡体制加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算を含む。)
（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるもの又は精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）を除く。)
- ・訪問看護管理療養費（在宅患者連携指導加算を算定する場合に限る。)
- ・訪問看護情報提供療養費
- ・訪問看護ターミナルケア療養費（看取り介護加算を算定している者及び特別養護老人ホームの入所者であって末期の悪性腫瘍のもの又は精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）であり看取り介護加算を算定しているものに限る。)

5 指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）のうち、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成19年1月26日障発0126001号）第三の1により医師を配置し

ない取扱いとしている場合における当該施設に入所している者に対して行った診療については、1及び4による取扱いの対象としない。ただし、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

- ・在宅患者訪問看護・指導料
- ・同一建物居住者訪問看護・指導料
- ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ・訪問看護指示料
- ・精神科訪問看護・指導料
- ・精神科訪問看護指示料
- ・訪問看護基本療養費
- ・精神科訪問看護基本療養費
- ・訪問看護管理療養費（24時間対応体制加算、24時間連絡体制加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算を含む。）
- ・訪問看護管理療養費（在宅患者連携指導加算を算定する場合に限る。）
- ・訪問看護情報提供療養費
- ・訪問看護ターミナルケア療養費

6 指定障害者支援施設のうち、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年2月28日厚生労働省令第19号）第6条の7第1号に規定する自立訓練（機能訓練）を行う施設については、5ただし書きを準用する。

7 特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。ただし、特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合に、使用した薬剤の費用については診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1第2章第2部第3節薬剤料を、使用した特定保険医療材料の費用については同第4節特定保険医療材料料を、当該患者に対し使用した分に限り算定できる。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、同章第3部第1節第1款検体検査実施料を算定できる。なお、これらの場合にあつては、当該薬剤等が使用された日及び検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

8 保険医が、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療を行った場合は、診療報酬明細書の欄外上部に、○施又は（施）の表示をすること。また、特別養護老人ホームに入所中の患者に対して、往診して通院・在宅精神療法又は認知療法・認知行動療法に係る精神療法を行った場合には、当該精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。

- 9 各都道府県知事は、別紙様式により、特別養護老人ホーム等の配置医師に係る情報を把握し、必要に応じ市町村等に対して周知するよう努めること。
(ただし、指定障害者支援施設のうち、5に該当する施設については不要とする。)

特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について

施設の種別					
施設 の 状 況	施設 の 名 称				
	所 在 地				
	開設(経営)主体				
	開 設 者 名				
	定 員				
	併設医療機関の有無	有・無			
	併設医療機関名				
	所 在 地				
	開設(経営)主体				
	開 設 者 名				
医 師 の 状 況	氏 名				
	常勤の有無				
	配置契約の有無	有・無	専門の診療科	契約期間：	
	(契約の内容)	一月当たり	日、週	曜日、	時～ 時
				年 月～	年 月
	所属医療機関名				
所 在 地					

[記載上の注意]

- 1 施設の種別欄には、次のいずれか該当するものを記入すること。
 養護老人ホーム（定員111名以上）、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（医師を配置している場合に限る。）、盲導犬訓練施設、救護施設（定員111名以上）、乳児院（定員100名以上）、情緒障害児短期治療施設、療養介護事業所
- 2 施設の状況欄は、施設の現状について記入し、「併設医療機関の有無」が有である場合は、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）の1の（2）に該当する医療機関の名称等について記入すること。
- 3 医師の状況欄は、現在契約している医師の状況について記入すること。

事 務 連 絡

平成18年4月24日

地方社会保険事務局
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）

御中

保険局医療課

「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」
の運用上の留意事項について

標記については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて(平成18年3月31日保医発第0331002号)」（以下、「通知」と言う。）により、取り扱われているところですが、その運用に係る照会があったことから、今般、下記の通り、その運用上の留意事項をお示しするものです。

各担当者におかれては、その趣旨を踏まえ、管内関係施設等に対する指導、周知の徹底を図るようお願い申し上げます。

なお、このことについては、雇用均等・児童家庭局、社会・援護局及び老健局とも協議済みであることを念のため申し添えます。

記

- 1 特別養護老人ホームに配置されている医師は、入所者の継続的かつ定期的な医学的健康管理を行うことを含め、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならないこととされており、特別養護老人ホームと配置医師との契約においては、その旨が明確にされる必要があることに、改めて留意されたいこと。

なお、通知の4において、保険医が配置医師であるか否かにかかわらず、在宅療養指導料、外来栄養食事指導料等を算定できないこととされているが、これは、これらの指導等は、配置医師が行うべきものであり、配置医師でない保険医にこれらの指導等を行わせた場合であっても、診療報酬は請求できない趣旨であること。

- 2 通知の3において、「保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない」とされたが、この趣旨は、緊急の場合や専門外にわたる場合に、入所者からの求め（入所者のニーズを踏まえた家族や施設側からの求めによる場合を含む。以下同じ。）に応じ、配置医師でない保険医が往診を行うことを妨げるものではないこと。
- 3 ただし、入所者からの求めによってではなく、医学的健康管理のために定期的に特別養護老人ホームを訪問して診療する場合は、その保険医は、通知の1に規定する配置医師とみなされ、初診料、再診料及び往診料が算定できないこと。
- 4 指導に当たっては、定期的な医学的健康管理を目的としたものなのか、個別的な入所者からの求めに対応するためのものなのか確認の上実施すること。

[告示] 特掲診療料の施設基準等（平成20年3月5日厚生労働省告示第63号）

別表第十二 介護老人保健施設入所者について算定できない検査、リハビリテーション、処置、手術及び麻酔

一 算定できない検査

- (1) 検体検査（医科点数表区分番号D007の35に掲げる血液ガス分析及び当該検査に係る医科点数表区分番号D026の3に掲げる生化学的検査（I）判断料並びに医科点数表区分番号D419の3に掲げる動脈血採取であって、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- (2) 呼吸循環機能検査等のうち医科点数表区分番号D208に掲げる心電図検査及び医科点数表区分番号D209に掲げる負荷心電図検査（心電図検査の注に規定する加算であって、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う診療に係るものを除く。）
- (3) 負荷試験等のうち肝及び腎のクリアランステスト、内分泌負荷試験及び糖負荷試験
- (4) (1) から (3) までに掲げる検査に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な検査

二 算定できないリハビリテーション

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション
- (2) 運動器リハビリテーション
- (3) 摂食機能療法
- (4) 視能訓練
- (5) (1) から (4) までに掲げるリハビリテーションに最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊なりハビリテーション

三 算定できない処置

- (1) 一般処置のうち次に掲げるもの
 - イ 創傷処置（六千平方センチメートル以上のもの（褥瘡に係るものを除く。）を除く。）
 - ロ 手術後の創傷処置
 - ハ ドレーン法（ドレナージ）
 - ニ 腰椎穿刺
 - ホ 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
 - ヘ 腹腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
 - ト 喀痰吸引
 - チ 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸
 - リ 摘便
 - ヌ 酸素吸入
 - ル 酸素テント

- ヲ 間歇的陽圧吸入法
- ワ 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）
- カ 非還納性ヘルニア徒手整復法（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- ヨ 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）
- (2) 救急処置のうち次に掲げるもの
 - イ 救命のための気管内挿管
 - ロ 人工呼吸
 - ハ 非開胸的心マッサージ
 - ニ 気管内洗浄
 - ホ 胃洗浄
- (3) 泌尿器科処置のうち次に掲げるもの
 - イ 膀胱洗浄（薬液注入を含む。）
 - ロ 留置カテーテル設置
 - ハ 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）
- (4) 整形外科的処置（鋼線等による直達牽引を除く。）
- (5) 栄養処置のうち次に掲げるもの
 - イ 鼻腔栄養
 - ロ 滋養浣腸
- (6) (1) から (5) までに掲げる処置に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な処置

四 算定できない手術

- (1) 創傷処理（長径五センチメートル以上で筋肉、臓器に達するもの及び保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- (2) 皮膚切開術（長径二十センチメートル未満のものに限る。）
- (3) デブリードマン（百平方センチメートル未満のものに限る。）
- (4) 爪甲除去術
- (5) ひょう疽手術
- (6) 外耳道異物除去術（複雑なものを除く。）
- (7) 咽頭異物摘出術（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものであって、複雑なものを除く。）
- (8) 顎関節脱臼非観血的整復術（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- (9) 血管露出術
- (10) (1) から (9) までに掲げる手術に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な手術

五 算定できない麻酔

- (1) 静脈麻酔
- (2) 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入
- (3) (1) 及び (2) に掲げる麻酔に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な麻酔