「診療報酬との算定調整」及び
「医療保険と介護保険の給付調整」

～訪問看護ステーション編～

令和7年6月

(令和6年度診療報酬改定等反映)

岡山県 指導監査課・長寿社会課

目 次

1	訪問看護サービスとは	1
2	訪問看護サービスの対象者	1
3	主治医との連携等	2
4	訪問看護指示書	3
5	訪問看護実施の際の留意事項	7
6	訪問看護サービスの費用	10
7	複数の訪問看護ステーションによる訪問看護の提供	12
8	保険医療機関の診療報酬との算定調整	15
9	医療保険と介護保険の給付調整	18
(参考)		
	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)の一部改正について(令和6年3月27日保 医発0327第8号)	24
	「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(令和6年3 月27日保医発0327第9号)	32
	医療・介護保険制度の参考情報	42

問 合 せ 先

【訪問看護療養費(医療保険(国民健康保険・後期高齢者医療))に関すること】

岡山県 長寿社会課 医療保険指導班 ☎086-226-7325

URL: <http://www.pref.okayama.jp/soshiki/35/>

【訪問看護費(介護保険)に関すること(岡山市、倉敷市及び新見市を除く。)]

岡山県 **指導監査課** ☎086-226-7917

URL: <http://www.pref.okayama.jp/soshiki/340/>

【参考文献】

『介護保険・医療保険 訪問看護業務の手引き』(発行:社会保険研究所)

『訪問看護実務相談Q & A』(編集:一般社団法人全国訪問看護事業協会)

1 訪問看護サービスとは

居宅等において療養が必要な状態であって、看護師等が療養上の世話や必要な診療の補助、リハビリテーション等を行うもの。

適用される保険によって、医療保険による訪問看護サービスと介護保険による訪問看護サービスに分けられる。

2 訪問看護サービスの対象者

主治医が訪問看護の必要があると判断した者（訪問看護指示書要交付）

医療保険及び介護保険による訪問看護サービス対象者は次のとおり。

医療保険による訪問看護サービス対象者	介護保険による訪問看護サービス対象者
<p>①要介護又は要支援の認定を受けていない者</p> <p>②要介護又は要支援の認定を受けている者で、次に該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特別訪問看護指示書が交付されている者 ・厚生労働大臣が定める疾病等（※1）に罹患している者 ・精神科訪問看護指示書が交付されている者（認知症でない患者に限る。） <p>③入院患者の外泊中に退院に向けた訪問看護を受ける場合（要介護等の認定にかかわらず）</p>	<p>①第1号被保険者 65歳以上で要介護又は要支援の認定を受けている者</p> <p>②第2号被保険者 40歳以上65歳未満の者で、16の特定疾病（※2）に罹患し、要介護又は要支援の認定を受けている者</p>

※1 厚生労働大臣が定める疾病等	※2 特定疾病（介護保険法施行令第2条）
<p>末期の悪性腫瘍</p> <p>多発性硬化症</p> <p>重症筋無力症</p> <p>スモン</p> <p>筋萎縮性側索硬化症</p> <p>脊髄小脳変性症</p> <p>ハンチントン病</p> <p>進行性筋ジストロフィー症</p> <p>パーキンソン病関連疾患 （進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤール</p>	<p>がん （医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）</p> <p>関節リウマチ</p> <p>筋萎縮性側索硬化症</p> <p>後縦靭帯骨化症</p> <p>骨折を伴う骨粗鬆症</p> <p>初老期における認知症</p> <p>進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病</p>

※1 厚生労働大臣が定める疾病等	※2 特定疾病（介護保険法施行令第2条）
<p>の重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）</p> <p>多系統萎縮症 （線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）</p> <p>プリオン病</p> <p>亜急性硬化症全脳炎</p> <p>ライソゾーム病</p> <p>副腎白質ジストロフィー</p> <p>脊髄性筋萎縮症</p> <p>球脊髄性筋萎縮症</p> <p>慢性炎症性脱髄性多発神経炎</p> <p>後天性免疫不全症候群</p> <p>頸髄損傷</p> <p>人工呼吸器を使用している状態</p>	<p>脊髄小脳変性症</p> <p>脊柱管狭窄症</p> <p>早老症</p> <p>多系統萎縮症</p> <p>糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症</p> <p>脳血管疾患</p> <p>閉塞性動脈硬化症</p> <p>慢性閉塞性肺疾患</p> <p>両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症</p>

Q： 厚生労働大臣が定める疾病の頸髄損傷には、頸椎損傷や胸腰部脊髄損傷も含まれるのでしょうか。

A： 「厚生労働大臣が定める疾病等」（上記※1）には含まれていません。あくまでも頸髄損傷のみです。

（令和6年版訪問看護実務相談Q & A Q4-6）

3 主治医との連携等

① 訪問看護指示書の交付

訪問看護が必要と判断した者について、主治医は訪問看護ステーションに対して「訪問看護指示書」を交付する。（参考：P. 5）

※訪問看護指示書の交付ができる医師は対象者1名に対して主治医1名のみ。複数の診療科での受診等がある場合は、医師の間での調整（情報提供等）により交付されること。（同一保険医療機関において同一の診療科に所属する複数の医師が、主治医として利用者の診療を共同で担っている場合は、当該複数の医師のいずれかにより訪問看護指示書の交付が可能）

Q： 内科と外科の2人の医師から同時に訪問看護指示書を交付してもらうことはできるか。

A： できない。訪問看護指示料を算定できる医師（主治医）は1月に1人に限られている。どちらの医師を主治医にするかは、利用者を含めて医師や関係者と相談して決めてもらうこと。

（平成29年版訪問看護実務相談Q & A Q2-8）

Q：介護保険の利用者から訪問看護ステーションに口腔ケアの依頼がありました。訪問看護指示書の交付は歯科医師でも可能ですか。

A：訪問看護指示書を交付できるのは医師のみです。歯科医師は交付できません。

(令和6年版訪問看護実務相談Q&A Q2-9)

② 密接かつ適切な連携

主治医との連携を図るため、訪問看護を開始する際は「訪問看護計画書」を、サービス提供後は「訪問看護報告書」を主治医に提出する。(1ヶ月に1回の提出が望ましい)また、利用者の病状に急変があった場合は、速やかに主治医等に連絡を行い、指示を求める等必要な措置を講じること。

③ 衛生材料等について

訪問看護で必要な衛生材料等については、原則主治医が提供することとなっているので、訪問看護計画書・訪問看護報告書に必要量及び使用実績を記載し、主治医に報告すること。

なお、おむつ代等、訪問看護の提供以外のサービスの提供に要する物品の費用については、実費相当額を利用料として徴収できるが、医師の指示に基づく訪問看護の提供に要する衛生材料(使い捨て手袋等)については、患者への実費請求はできない。

4 訪問看護指示書

種類	指示有効期間等	留意事項等
訪問看護指示書	最長6ヶ月 (有効期間未記入の場合は1ヶ月)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2ヵ所以上の訪問看護ステーションから訪問する場合、各訪問看護ステーションに交付する必要がある。(コピー不可) ○ 歯科医師による交付は不可
精神科訪問看護指示書	最長6ヶ月 (有効期間未記入の場合は1ヶ月)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神疾患を有する利用者に対して主治が必要と認めた場合に交付(認知症を主傷病とする場合は除く。) ○ 精神科を標榜する医師のみが交付可能
特別訪問看護指示書	最長14日 (原則月1回)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問看護指示書が交付されている利用者が急性増悪や終末期等により、一時的に頻回の訪問看護が必要な場合に交付。 ○ 特別訪問看護指示書のみでの訪問はできない。(訪問看護指示書の交付が必要) ○ 次の場合は月2回の交付が可能 <ul style="list-style-type: none"> ・気管カニューレを使用している状態 ・真皮を超える褥瘡の状態

種 類	指示有効期間等	留意事項等
精神科 特別訪問看護指示書	最長 14 日 (月 1 回)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 服薬中断等で急性増悪し、一時的に頻回の訪問看護が必要な場合に交付される。 ○ 精神科特別訪問看護指示書のみでの訪問はできない。(精神科訪問看護指示書の交付が必要)
在宅患者 訪問点滴注射指示書	最長 7 日	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>週 3 日以上</u>の点滴注射が必要な場合に交付される。(週 2 日までの点滴注射が必要な場合は訪問看護指示書のみ交付) ○ 在宅患者訪問点滴注射指示書のみでの訪問はできない。(訪問看護指示書の交付が必要)

Q : 2カ所の訪問看護ステーションが介護保険で訪問している利用者に対して、特別訪問看護指示書で一方の訪問看護ステーションに指示が出ました。一方が介護保険、もう一方が医療保険で請求することができますか。

A : できません。特別訪問看護指示書が交付された場合は両ステーションとも、医療保険になります。2カ所のステーションで連携をとり、もう一方のステーションも特別訪問看護指示書の交付を受けることとなります。(コピー不可)

(令和4年版訪問看護実務相談Q&A Q4-20)

Q : 精神科訪問看護指示書の交付により、精神科以外の診療所に外来通院中の精神疾患を有する患者に対して訪問を行うことは出来るか。

A : 精神科以外の疾患については、その担当科の医師から診療情報の提供を受け、それを踏まえて精神科医が、訪問看護の必要性があると判断し、精神科訪問看護指示書を交付した場合は可能である。

(24.3.30医療課事務連絡 別添1 問163)

Q : 在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定は、(1週につき)歴週で考えますが、「1週間のうち3日以上点滴注射を実施した場合」の1週間についても、一つの歴週のうち3日以上行わないと算定できないということですか。

A : 医療機関が算定する在宅患者訪問点滴注射管理指導料は3日以上点滴注射を行う必要を認め、訪問看護ステーションの看護師または准看護師が3日以上点滴を実施した場合に3日目に算定するものです。指示日から7日間が有効期間となっていますので、歴週で考えるのではなく、指示日から7日以内に3日以上点滴注射を行ってれば算定可能です。

(令和6年版訪問看護実務相談Q&A Q2-23)

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)		点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
患者氏名	生年月日	年	月 日
患者住所	電話 () - ()		
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状		
	投与中の薬剤 の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.	
日常生活 自立	寝たきり度	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C	
	認知症の状況	I IIa IIb IIIa IIIb IV	
要介護認定の状況	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)	
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020分類: D3 D4 D5	NPUAP分類: III度 IV度
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置	2. 透析液供給装置	3. 酸素療法 (l/min)
	4. 吸引器	5. 中心静脈栄養	6. 輸液ポンプ
	7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ		日に1回交換
	8. 留置カテーテル (部位 サイズ		日に1回交換
	9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定		
	10. 気管カニューレ (サイズ		
	11. 人工肛門	12. 人工膀胱	13. その他 ()
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項			
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 1日あたり () 分を週 () 回			
2. 褥瘡の処置等			
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理			
4. その他			
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与回数)			
緊急時の連絡先			
不在時の対応			
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意事項等があれば記載して下さい。)			
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名)			
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)			

指示期間は1ヶ月～6ヶ月の範囲
指示期間の記載がない場合は指示日より1ヶ月間有効

適用となる保険を決定する際に傷病名が判断の基準となる。
不明な場合は主治医に確認すること。
(特に、悪性腫瘍の場合は「末期」、「ターミナル」、「余命6ヶ月」等の記載やパーキンソン病の場合は「ホーエン・ヤールの重症度分類と生活機能障害度」の記載、「頸髄損傷」である旨の記載等。)

「特別管理加算の算定」を行う場合は記載が必要。

利用者が医療機器を装着若しくは使用している場合に記載がある。
また、「機器の設定」や「管理方法」等の指示の必要がある場合もこの欄に記載される。

主治医からの訪問看護の具体的な指示や留意事項について記載される。
(不明な点がある場合は主治医に確認すること。)
(例)
リハビリテーション・・・禁忌動作や体位、内科疾患合併の場合の負荷量等
褥瘡の処置など・・・処置方法や使用薬剤、褥瘡の状態による薬剤の選択等
装着・使用医療機器等の操作援助・管理
装着器具の種類、サイズ、カテーテルなどの定期交換の頻度や注意点、管理
トラブル発生時の対応方法など
その他・・・食事制限がある場合のカロリーや、排便コントロールの際の具体的な内容など

年 月 日

医療機関名 _____ 住所 _____
電 話 _____ (F A X .) _____
医 師 氏 名 _____ 印 _____

事業所 _____ 殿

訪問看護指示書に関するQ & A (「令和4年版訪問看護実務相談Q & A」より)

Q 1 : 末期がんの利用者の訪問看護指示書に記載されている静脈注射の指示内容に変更がありましたが、訪問看護指示書を再交付してもらう必要がありますか。
A 1 : 訪問看護指示書の再交付が望ましいといえますが、ファックスなどで指示内容を確認できる書面をもらうことで代えてもかまいません。

Q 2 : パーキンソン病で医療保険による訪問看護を行うには、何か特別な記載が必要ですか。
A 2 : 訪問看護指示書にパーキンソン病のホーエン・ヤールの重症度分類 (ステージ3以上) と生活機能障害度 (Ⅱ度又はⅢ度のもの) について明記が必要です。

Q 3 : 介護保険の訪問看護 (週2回) の依頼があり、週1回は理学療法士の訪問を希望している。その場合、訪問看護指示書は1通だけで看護、リハビリテーションの両方に使ってよいのでしょうか。それとも2通必要なのでしょうか。
A 3 : 訪問看護ステーションからの理学療法士の訪問は訪問看護の一環として行われるため、訪問看護指示書は1通でかまいません。ただし、リハビリテーションの必要性と必要量の指示の記載が必要です。

【参考】主治医が算定する診療報酬及び算定要件等（訪問看護指示書関係）

診療報酬（点数）	算定要件等
C007 訪問看護指示料 （300点）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主治医が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、患者の同意を得て患者が選定する訪問看護ステーション等に対して訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回を限度として算定する。 ○ 同一月において1人の患者について、複数の訪問看護ステーションに対して交付した場合であっても、1月に1回を限度とする。
特別訪問看護指示加算 （100点）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主治医が診療に基づき、患者の急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週4日以上頻回の指定訪問看護を一時的に患者に対して行う必要性を認めた場合であり、患者の同意を得て特別訪問看護指示書を交付した場合、原則1月に1回を限度として算定する。
手順書加算 （150点）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主治医が診療に基づき、特定行為に係る管理の必要性を認め、患者の同意を得て患者が選定する訪問看護ステーション等の看護師に対して、手順書を交付した場合に、患者1人につき6月に1回を限度として算定する。
衛生材料等提供加算 （80点） （精神科訪問看護指示料 においても同じ）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 必要な衛生材料や保険医療材料を患者に支給した場合、1月に1回を限度に算定する。 ○ 訪問看護指示料を算定した月のみ算定可能である。 （H28.3.31医療課事務連絡） ○ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診察料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅療養指導管理料を算定している場合は算定不可。
I012-2 精神科訪問看護指示料 （300点）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院中以外の精神疾患を有する患者に対して、主治医（精神科の医師に限る。）が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、患者又はその家族等の同意を得て患者等が選定する訪問看護ステーション等に対して精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回を限度として算定する。 ○ 同一月において1人の患者について、複数の訪問看護ステーションに対して交付した場合であっても、1月に1回を限度とする。
精神科特別訪問看護指示加算 （100点）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 服薬中断等により急性増悪した場合であって、主治医の診療に基づき一時的に頻回の指定訪問看護を患者に対して行う必要性を認めた場合であり、患者等の同意を得て精神科特別訪問看護指示書を交付した場合、1月に1回を限度として算定する。
手順書加算（再掲） （150点）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主治医が診療に基づき、特定行為に係る管理の必要性を認め、患者の同意を得て患者が選定する訪問看護ステーション等の看護師に対して、手順書を交付した場合に、患者1人につき6月に1回を限度として算定する。

<p>C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (100点)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主治医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認め、訪問する看護師等に対して、在宅患者訪問点滴注射指示書を交付して必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。 ○ 使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与する。(薬剤料は別途算定可能)
--	--

5 訪問看護実施の際の留意事項

	医療保険による訪問看護	介護保険による訪問看護
基本取扱方針	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の心身の特性を踏まえて、利用者の日常生活の充実に資するよう、療養上妥当適切に行わなければならない。 ○ 特に療養上の目標を設定し、漫然かつ画一的なものとならないよう、計画的に行わなければならない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の心身の状態を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治医との密接な連携のもとに訪問看護計画に沿って行う。
訪問看護計画書及び報告書の取扱	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者ごとに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成し、主要な事項について利用者又はその家族に説明すること。 ○ 定期的に(1月に1回程度)主治医に提出すること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問看護計画書を作成に当たっては、利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示を踏まえ、ケアプランに沿ったものとする。 ○ 計画の内容等については、利用者の同意を得ること。 ○ 訪問看護報告書の記載と訪問看護計画書の記載において重複する箇所がある場合は、報告書における重複箇所の記載は省略しても差し支えない。
訪問看護の標準実施時間	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1回の訪問につき、30分から1時間30分程度 (訪問看護基本療養費(Ⅰ)(Ⅱ)の場合) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問看護計画書に位置付けられた内容の訪問看護を行うのに要する標準的な時間(所定単位数を算定する)

	医療保険による訪問看護	介護保険による訪問看護
理学療法士等による訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士等が連携して作成すること。 ○ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に当たっては、訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 理学療法士等の訪問看護は、1回当たり20分以上、1人の利用者につき週6回までとする。 ○ 看護職員及び理学療法士等間で、利用者の状況、実施した内容を共有するとともに、訪問看護計画書及び報告書は、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士等が連携して作成すること。 ○ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に当たっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。

（医療保険）

Q： 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成することが示されたが、具体的にはどのように作成すればよいのか。

A： 「訪問看護計画書等の記載要領等について」（平成30年3月26日保医発0326第6号）の別紙様式に準じたうえで、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等で異なる様式によりそれぞれで作成すること等は差し支えないが、この場合であっても他の職種により記載された様式の内容を双方で踏まえたうえで作成することとなる。

（30.3.30医療課事務連絡 別添5 問14）

Q： 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、「訪問看護計画書、訪問看護報告書の作成にあたっては、訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこと。」とされたが、看護職員による定期的な訪問とは具体的にどのようなものか。

A： 定期的な訪問とは、利用者の心身状態や家族等の環境の変化があった場合や、主治医から交付される訪問看護指示書の内容に変更があった場合等に訪問することをいう。なお、訪問看護ステーションの看護職員による訪問については、利用者の状態の評価のみを行った場合においては、訪問看護療養費は算定できない。訪問看護療養費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

（30.3.30医療課事務連絡 別添5 問15）

Q : 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、例えば、A 訪問看護ステーションからは理学療法士が、B 訪問看護ステーションからは看護師がそれぞれ訪問看護を実施している利用者についても、A 訪問看護ステーションの看護職員による定期的な訪問が必要となるか。

A : 必要である。

(30.3.30医療課事務連絡 別添5 問16)

(介護保険)

Q : 理学療法士等による訪問看護は、訪問看護事業所のうち、訪問看護ステーションのみで行われ、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が連携して作成することが示されたが、具体的にはどのように作成すればよいのか。

A : 訪問看護ステーションの理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）が訪問看護を行っている利用者の訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が利用者等の情報を共有した上で、「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」（平成12年3月3日老企第55号）に示す様式に準じて提供したサービス等の内容を含めて作成することとしており、これにより適切な訪問看護サービスが行われるよう連携を推進する必要がある。

なお、看護職員と理学療法士等との連携の具体的な方法等については、「訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のための手引き（第2版）（平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査研究事業（全国訪問看護事業協会）」）においても示されており、必要に応じて参考にしていきたい。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (令和3.3.26) 問12)

Q : 複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成することとあるが、どのように連携すればよいのか。

A : 複数の訪問看護事業所により訪問看護が行われている場合については、それぞれの事業所で作成された計画書等の内容を共有するものとし、具体的には計画書等を相互に送付し共有する若しくはカンファレンス等において情報共有などが考えられるが、後者の場合にはその内容について記録に残すことが必要である。

(平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成30.3.23) 問20)

Q：留意事項通知において、「計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと」とされたが、看護職員による訪問についてどのように考えればよいか。

A：訪問看護サービスの「利用開始時」については、利用者の心身の状態等を評価する観点から、初回の訪問は理学療法士等の所属する訪問看護事業所の看護職員が行うことを原則とする。また、「定期的な看護職員による訪問」については、訪問看護指示書の有効期間が6月以内であることを踏まえ、少なくとも概ね3ヶ月に1回程度は当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うものとする。なお、当該事業所の看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ、訪問看護費の算定まで求めるものではないが、訪問看護費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

(平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (平成30.3.23) 問21)

Q：定期的な看護職員による訪問が義務づけられています。利用者の都合で、理学療法士等と看護師の訪問日が重なってしまっても大丈夫でしょうか。

A：同一日に両方とも算定することが可能です。ただし、看護職員の訪問がアセスメントのためだけでは、訪問看護費を算定することはできません。看護職員が予定されているケアの一環として訪問する場合、ケアプランに基づき訪問看護費を算定できます。

(令和6年版訪問看護実務相談Q & A Q5-22)

6 訪問看護サービスの費用

医療保険（訪問看護療養費）と介護保険（訪問看護費）において、それぞれ次の報酬算定項目がある。

訪問看護療養費（医療保険）	訪問看護費（介護保険）
訪問看護基本療養費（Ⅰ） 訪問看護基本療養費（Ⅱ） 訪問看護基本療養費（Ⅲ）	訪問看護費 初回加算 <u>初回加算（Ⅰ）</u> <u>初回加算（Ⅱ）</u>
特別地域訪問看護加算	特別地域訪問看護加算 中山間地域における小規模事業所加算 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
長時間訪問看護加算	長時間訪問看護加算
複数名訪問看護加算 難病等複数回訪問加算	複数名訪問加算 複数名訪問加算（Ⅰ） 複数名訪問加算（Ⅱ）

夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算	早朝・夜間・深夜の訪問看護（加算）
訪問看護管理療養費 機能強化型訪問看護管理療養費 1 機能強化型訪問看護管理療養費 2 機能強化型訪問看護管理療養費 3 <u>訪問看護管理療養費 1</u> <u>訪問看護管理療養費 2</u>	看護体制強化加算 看護体制強化加算（Ⅰ） 看護体制強化加算（Ⅱ） サービス提供体制強化加算
24時間対応体制加算 緊急訪問看護加算	緊急時訪問看護加算 <u>緊急時訪問看護加算（Ⅰ）</u> <u>緊急時訪問看護加算（Ⅱ）</u>
特別管理加算 乳幼児加算	特別管理加算 特別管理加算（Ⅰ） 特別管理加算（Ⅱ）
退院時共同指導加算 特別管理指導加算 退院支援指導加算	退院時共同指導加算
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	
専門管理加算	<u>専門管理加算</u>
看護・介護職員連携強化加算	看護・介護職員連携強化加算
訪問看護ターミナルケア療養費 訪問看護ターミナルケア療養費 1 訪問看護ターミナルケア療養費 2	ターミナルケア加算
遠隔死亡診断補助加算	<u>遠隔死亡診断補助加算</u>
訪問看護情報提供療養費 訪問看護情報提供療養費 1 訪問看護情報提供療養費 2 訪問看護情報提供療養費 3	
	<u>口腔連携強化加算</u>
精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ） 精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ） 精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ） 特別地域訪問看護加算（再掲）	

訪問看護療養費（医療保険）	訪問看護費（介護保険）
精神科緊急訪問看護加算 長時間精神科訪問看護加算 複数名精神科訪問看護加算 夜間・早朝訪問看護加算（再掲） 深夜訪問看護加算（再掲） 精神科重症患者支援管理連携加算 精神科複数回訪問加算	
<u>訪問看護ベースアップ評価料</u> <u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）</u> <u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1～18</u>	
	<u>高齢者虐待防止措置未実施減算</u>
	<u>業務継続計画未実施減算</u>

なお、次の場合は算定できないので注意すること。

訪問看護療養費（医療保険）	訪問看護費（介護保険）
<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院等の医師又は看護師等が配置されている施設に入院又は入所中の場合（例外規定あり） ○ 介護保険法に規定する特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合（例外規定あり） ○ 既に他の訪問看護ステーションから指定訪問看護の提供を受けている場合。（ただし、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による指定訪問看護はその数から除く。）（例外規定あり） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 末期の悪性腫瘍患者、神経難病等の患者 ○ 特別訪問看護指示書が交付された場合 ○ 次のサービスを受けている期間（例外規定あり） <ul style="list-style-type: none"> ・（介護予防）短期入所生活介護 ・（介護予防）短期入所療養介護 ・（介護予防）特定施設入居者生活介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

7 複数の訪問看護ステーションによる訪問看護の提供

① 医療保険による訪問看護

原則1カ所からの訪問看護の提供が可能であるが、次の場合は複数の訪問看護ステーションによる訪問看護の提供が可能である。ただし、2カ所の訪問看護ステーションが、同一日に訪問看護療養費の算定は原則できないので注意すること。

2カ所からの訪問看護の提供が可能	3カ所からの訪問看護の提供が可能
<ul style="list-style-type: none"> ○厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（※3） ○特別訪問看護指示期間中、週4日以上 の訪問看護が計画されている場合 （特別訪問看護指示期間の開始日及び 終了日の属する週においては、その週で 週4日以上 の指定訪問看護が計画されて いること。） 	<ul style="list-style-type: none"> ○厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（※3）で週7日の訪問看護が計画されている場合

※3 厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（基準告示第2の1）

- ※1（P.1）に掲げる疾病等の者
- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 次のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

Q： 週7日の訪問看護を3カ所の訪問看護ステーションで実施する計画だったが、利用者の入院等により、結果的に週4日しか訪問できなかった。この場合、それぞれの訪問看護ステーションが訪問看護療養費を算定できるか。

A： それぞれの訪問看護ステーションが、訪問した実績に応じて算定できる。

（22.3.29医療課事務連絡 別添4 問11）

Q： 複数の訪問看護ステーションから現に訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく訪問看護を行った日に、他の訪問看護ステーションが緊急の訪問看護を行った場合においては、緊急の訪問看護を行った訪問看護ステーションは緊急訪問看護加算のみの算定となるのか。

A： そのとおり。この場合、訪問看護基本療養費及び訪問看護管理療養費等を算定する計画に基づく訪問看護を行った訪問看護ステーションとの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

（30.3.30医療課事務連絡 別添5 問7）

② 介護保険による訪問看護

ケアプランに位置付けられている場合は2カ所以上からの訪問看護が可能である。

③ 訪問看護指示書の取扱

複数の訪問看護ステーションが訪問看護を行う場合は、同一の主治医からそれぞれの訪問看護ステーションに訪問看護指示書の交付が必要。(コピー不可)

④ 各種加算等の算定

医療保険、介護保険とも加算等の種類によっては1カ所に限り算定可能なものがある。

この場合、算定に当たっては、訪問看護ステーション間の調整が必要となるので注意すること。

◆ 1カ所の訪問看護ステーションに限り算定できるもの

訪問看護療養費（医療保険）	訪問看護費（介護保険）
<ul style="list-style-type: none"> ○ 24時間対応体制加算 ○ 退院支援指導加算 ○ 看護・介護職員連携強化加算 ○ 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 ○ 精神科重症患者支援管理連携加算 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時訪問看護加算 ○ 特別管理加算 ○ ターミナルケア加算

◆ 原則1カ所の訪問看護ステーションに限り算定できるものであるが、条件を満たした場合のみ2カ所（又は3カ所）の訪問看護ステーションでの算定が可能。

訪問看護療養費（医療保険）	訪問看護費（介護保険）
<ul style="list-style-type: none"> ○ 長時間訪問看護加算及び複数名訪問看護加算 （異なる週であればそれぞれの事業所で算定可） ○ 退院時共同指導加算 （特別な管理を必要とする利用者の場合2カ所で算定可） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 退院時共同指導加算 （特別な管理を必要とする利用者の場合2カ所で算定可）

Q： 人工呼吸器を装着している利用者に2カ所の訪問看護ステーションで訪問していますが、長時間訪問看護加算は各訪問看護ステーションそれぞれ週1回算定できますか。

A： 1人の利用者に対し、どちらか一方の訪問看護ステーションにおいてのみ、週1回に限り算定できます。週により算定する訪問看護ステーションが異なっていればそれぞれで算定できます。双方のステーションの連携をとりながら、同一週の算定とならないようにしてください。

また、人工呼吸器装着者が15歳未満であれば、週3日算定できるので、双方で連携を取り日数を調整してください。

(令和6年版訪問看護実務相談Q&A Q6-84)

8 保険医療機関の診療報酬との算定調整

- ① 同一利用者について、保険医療機関が次のいずれかの診療報酬を算定した月においては、訪問看護療養費は原則算定できない。

- 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
- 精神科訪問看護・指導料

ただし、次の場合においては訪問看護療養費の算定は可能である。

同一月において算定可能な場合	注意事項
<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（基準告示第2の1）（※3）（P.9） 	<p>同一日は訪問看護療養費の算定不可</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ （精神科）特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者であって、週4日以上指定訪問看護が計画されている場合 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2の施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行った場合（精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては週5日）を限度とする） 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 退院後1月以内（精神科訪問看護・指導料の場合は退院後3ヶ月以内）の利用者（訪問看護を実施する保険医療機関に利用者が入院していた場合に限る。） ○ 緩和ケア・褥瘡ケア・人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を修了した看護師が、訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して訪問看護を行った場合 	<p>同一日に訪問看護療養費の算定可</p>

同一月において算定可能な場合	注意事項
<p>○ 精神科在宅患者支援管理料 1（ハを除く。）又は 2 を算定する利用者</p>	<p>次のいずれかの場合に限り、同一日に訪問看護療養費の算定可</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特別の関係にある保険医療機関が精神科在宅患者支援管理料 1（ハを除く）を算定する利用者に対して、作業療法士又は精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導料を算定する場合 ・ 保険医療機関が精神科在宅患者支援管理料 2 を算定する利用者に対して精神科訪問看護・指導料を算定した場合
<p>○ 精神科在宅患者支援管理料 1（ハを除く。）又は 2 の施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行った場合（精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日とを合わせて週 3 日（退院後 3 月以内の期間において行われる場合にあっては、週 5 日）を限度とする。）</p>	<p>同一日は訪問看護療養費の算定不可</p>

- ② 訪問看護ステーションと特別の関係にあり、かつ、当該訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した医師が属する保険医療機関等が次のいずれかの診療報酬を算定した日においては、訪問看護療養費は原則算定できない。

- 往診料
- 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）
- 在宅がん医療総合診療料
- 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- 在宅患者訪問栄養食事指導料

ただし、次の場合においては訪問看護療養費の算定は可能である。

- 訪問看護を行った後、利用者の病状の急変等により保険医療機関等が往診を行い往診料を算定した場合
- 利用者が保険医療機関等を退院後 1 月を経過するまでに往診料等上記診療報酬のいずれかを算定した場合
- 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定に必要なカンファレンスを実施する場合であって、継続的な訪問看護を実施する必要がある場合。（在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する場合に限る。）

※ 特別の関係にある医療機関と訪問看護ステーションにおいて、外泊時や退院当日の訪問看護あるいは緩和ケア・褥瘡ケア・人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による訪問看護が実施された場合は、それぞれに要する費用を算定できる。

Q : 「特別の関係」とは何ですか。

A : 「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいいます。

ア 当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。

(イ) 当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合

(ロ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合

(ハ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合

(ニ) 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合

(ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合(人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができるものと認められる場合に限る)

イ 「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院もしくは診療所、介護老人保健施設または指定訪問看護事業者をいう。

ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者および以下に掲げる者をいう。

(イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者

(ロ) 使用人および使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの

(ハ) (イ)または(ロ)に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

(令和6年版訪問看護実務相談Q&A Q6-194)

③ 保険医療機関が次の診療報酬を算定した場合の訪問看護療養費の算定制限

保険医療機関	訪問看護ステーション
○ 看護・介護職員連携強化加算を算定している。	看護・介護職員連携強化加算は算定できない。
○ 在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算を算定している。 ○ 同一建物居住者訪問看護・指導料のターミナルケア加算を算定している。	訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。

④在宅療養支援診療所（病院）と連携している場合の訪問看護療養費の算定制限

在宅療養支援診療所（病院）	訪問看護ステーション
○ 在宅がん医療総合診療料を算定している。	訪問看護療養費は算定できない。 （訪問看護の費用は在宅がん医療総合診療料に含まれているため）

⑤ 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する場合の訪問看護療養費の算定制限

連携する保険医療機関	訪問看護ステーション
○ 特別の関係にある場合	精神科重症患者支援管理連携加算の算定はできない。
○ 次の診療報酬を算定している。 ・ 往診料 ・ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ） ・ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 ・ 在宅患者訪問薬剤管理料 ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料	同一時間帯に行う訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）は算定できない。
○ 精神科在宅患者支援管理料 1 を算定し、かつ、訪問看護を実施。	同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）は算定しない。 （保険医療機関が精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する。）
○ 精神科在宅患者支援管理料 2 を算定し、かつ、訪問看護を実施。	同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する。 （保険医療機関は在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）は算定できない。）

9 医療保険と介護保険の給付調整

(1) 介護保険優先の原則

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る。

健康保険法等においては、同一の疾病又は傷害について、介護保険の規定により給付を受けることができる場合は、医療保険からの給付は行わない旨（**介護保険優先**）が規定されている。

このため、訪問看護においても、要介護認定又は要支援認定を受けている患者（以下「**要介護者等**」という。）については、原則、医療保険の「訪問看護療養費」の算定はできない。

ただし、次の場合においては要介護者等であっても、医療保険の訪問看護療養費を算定する。

訪問看護療養費を算定する場合	注意事項等
○ 特別訪問看護指示書による訪問看護を行う場合	介護保険による訪問看護を実施している要介護者等については、交付の日から14日間を限度として医療保険の対象となるので、 <u>訪問看護費は算定しない。</u>
○ 厚生労働大臣が定める疾病等（※1（P.1～2））に罹患している者に対して訪問看護を行う場合	退院支援指導加算及び訪問看護情報提供療養費1については別途算定制限がある。（P.16, 17参照）
○ 精神科訪問看護基本療養費が算定される訪問看護を行う場合	認知症を主傷病とする患者を除く。
○ 入院中（外泊中を含む）に退院に向けた訪問看護を行う場合	要介護者等についても、医療保険で算定する。

Q： 介護保険で訪問看護をしていた利用者が途中から末期がん（悪性腫瘍）と診断されました。保険請求はどうしたらよいですか。

A： 医師が末期がん（悪性腫瘍）と診断した場合、速やかに「末期の悪性腫瘍」と記入した訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護指示書の指示開始日から医療保険での訪問看護に変更します。

（令和4年版訪問看護実務相談Q&A Q4-27）

Q : 介護保険の対象の統合失調症の利用者です。軽い脳梗塞の後遺症もありますが、介護保険ですか、医療保険ですか。

A : 精神科を標榜する医師から精神科訪問看護指示書が発行されれば、医療保険での訪問となります。それ以外の場合（認知症を含む）は、介護保険です。保険を選ぶことはできません。

（令和6年版訪問看護実務相談Q & A Q7-3）

Q : 精神疾患と精神疾患以外の疾患を有する利用者は、医療保険の精神科訪問看護と介護保険による訪問看護とを併用することはできますか。

A : 併用することはできません。精神疾患とそれ以外の疾患とを併せて訪問看護を受ける利用者については、医療保険の精神障害を有する者に対する訪問看護（精神科訪問看護・指導料または精神科訪問看護基本療養費）を算定することができます。

同利用者が、介護保険で訪問看護費を算定する場合は、主として精神疾患（認知症を除く）に対する訪問看護が行われる利用者でないことから、医療保険の精神科訪問看護を算定することはできません。つまり、同一日または同一月に医療保険と介護保険とを算定することはできません。

なお、月の途中で状態が変化したことにより、医療保険の精神科訪問看護から介護保険の訪問看護に変更することは可能ですが、こうした事情によらず恣意的に医療保険と介護保険の訪問看護を変更することはできず、例えば数日単位で医療保険と介護保険の訪問看護を交互に利用するといったことは認められません。

（令和6年版訪問看護実務相談Q & A Q7-21）

Q : 訪問看護療養費を算定した月及び日について、精神科訪問看護・指導料は一部を除き算定できないとされたが、精神疾患と精神疾患以外の疾患を有する要介護者は、医療保険の精神障害を有する者に対する訪問看護（精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費）と、介護保険による訪問看護とを同一日又は同一月に受けることができるか。

A : 精神疾患とそれ以外の疾患とを併せて訪問看護を受ける利用者については、医療保険の精神障害を有する者に対する訪問看護（精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費）（以下「精神科訪問看護」という。）を算定することができる。同利用者が、介護保険で訪問看護費を算定する場合は、主として精神疾患（認知症を除く）に対する訪問看護が行われる利用者でないことから、医療保険の精神科訪問看護を算定することはできない。すなわち、同一日に医療保険と介護保険とを算定することはできない。

なお、月の途中で利用者の状態が変化したことにより、医療保険の精神科訪問看護から介護保険の訪問看護に変更することは可能であるが、こうした事情によらず恣意的に医療保険と介護保険の訪問看護を変更することはできないものであり、例えば数日単位で医療保険と介護保険の訪問看護を交互に利用するといったことは認められない。

（28.6.14医療課事務連絡 別添4 問3）

(2) 訪問看護療養費（医療保険）の算定制限

医療保険の訪問看護を提供している場合であっても、次に掲げる場合については訪問看護療養費の算定制限があるので注意すること。

- ① 要介護者等については在宅患者連携指導加算は算定できない。
- ② 要介護者等のうち、次に該当する場合は看護・介護職員連携強化加算の算定できない。

- 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場合（宿泊サービスに限る。）
- 認知症対応型グループホームに入居している場合
- 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入所している場合
- 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所している場合
- 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場合

- ③ 要介護者等のうち、次に該当する場合は訪問看護情報提供療養費 1 及び訪問看護情報提供療養費 3 の算定できない。

- 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所している場合
- 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場合

- ④ 介護保険において次の加算を算定している場合は、訪問看護療養費の類似加算の算定には次のとおり制限がある。

介護保険で算定している加算	訪問看護療養費での取扱い
○緊急時（介護予防）訪問看護加算 <u>○緊急時対応加算</u>	同一月に 24 時間対応体制加算の算定はできない
○特別管理加算	同一月に特別管理加算の算定はできない
<u>○専門管理加算</u>	<u>同一月に専門管理加算の算定はできない</u>
○看護・介護職員連携強化加算	同一月に看護・介護職員連携強化加算の算定はできない。
○ターミナルケア加算 <u>（遠隔死亡診断補助加算を含む。）</u>	訪問看護ターミナルケア療養費 <u>（遠隔死亡診断補助加算を含む。）</u> の算定はできない。
○看取り介護加算	訪問看護ターミナルケア療養費 2 を算定する。

Q： 介護保険の訪問看護から医療保険の訪問看護に月の途中で変更になった利用者において、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している場合、同月内に医療保険の看護・介護職員連携強化加算を算定することは可能か。

A： 算定できない。

(30.3.30医療課事務連絡 別添5 問12)

Q： もともとは介護保険適用の利用者ですが、急性増悪等により特別訪問看護指示書の交付を受け、死亡前14日間の間に2回医療保険による訪問看護を行った後、15日目に死亡した場合、15日目は本来介護保険適用となっていますが、ターミナルケアはどちらの保険で請求すればよいのでしょうか。

A： 介護保険による死亡前の訪問看護は1回も行われていないため、最後に訪問看護を行った医療保険での請求となります。

(令和6年版訪問看護実務相談Q&A Q6-162)

(3) 入院中の患者以外の患者（※4）に対する注意事項

① 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）に対して訪問看護療養費が算定できる場合

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な患者であって、小規模多機能型居宅介護等のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が、指定訪問看護を実施した場合に限り（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては利用開始後30日までの間）、訪問看護療養費の算定が可能である。

② 退院支援指導加算の算定

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のみ算定可能である。

③ 訪問看護情報提供療養費1の算定

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り算定可能である。

※4 入院中の患者以外の患者とは次の施設に入居又は入所している者をいう。

- 自宅
- 社会福祉施設、身体障害者施設（介護老人保健施設、（地域密着型）介護老人福祉施設若しくは介護医療院に入所している者又は（介護予防）短期入所生活介護若しくは（介護予防）短期入所療養介護を受けている者を除く）
- 上記のうち、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者（宿泊サービスに限る）
- 認知症対応型グループホーム
- 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

Q： 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）（以下「グループホーム」という）に居住する高齢者に対し、訪問看護ステーションの看護師が訪問し、健康管理等を行うことは可能ですか。

また、グループホームの入居者の状態が悪化して、利用者の主治医から「特別訪問看護指示書」の交付を受け、訪問した場合、医療保険での請求が可能ですでしょうか。

A： グループホームと訪問看護ステーションが契約し、健康管理などの看護を提供することができます。グループホームは医療連携体制加算を算定して、訪問看護ステーションに支払いをします。

①特別訪問看護指示書の期間、②末期の悪性腫瘍など厚生労働大臣の定める疾病等、③精神科訪問看護療養費を算定している場合は医療保険で訪問できます。いずれも訪問看護基本療養費（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定します。

（令和6年版訪問看護実務相談Q&A Q14-2）

(4) 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所している患者に対して、訪問看護療養費が算定できる場合

- 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できる患者（認知症患者を除く。）に限られる。

(5) 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に対して、訪問看護療養費が算定できる場合

- 末期の悪性腫瘍の患者若しくは精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者（認知症患者を除く。）であって、サービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間）算定できる。

老老発0327第1号
保医発0327第8号
令和6年3月27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
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

） 殿

厚生労働省老健局老人保健課長
（公 印 省 略）

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告示」（令和6年厚生労働省告示第125号）及び「厚生労働
大臣が定める療養を廃止する件」（令和6年厚生労働省告示第126号）等が告示され、順
次適用されること等に伴い、「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」（平成18年4月28日老老発第0428001
号・保医発第0428001号）の一部を下記のように改め、順次適用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。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する
診療報酬の取扱いについては、「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）も併せて参照すること。

記

「記」以下を別添のとおり改める。

第1 略

第2 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者（介護医療院に入所中の患者を除く。）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1を参照のこと。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「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）も併せて参照すること。

第3 略

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3月31日保医発第0331002号）に定める場合を除き、在宅患者訪問診療料を算定できない。

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、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあつては、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化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・指導料に関する留意事項について

精神疾患を有する患者について、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（精神科在宅患者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1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、緊急時介護予防訪問看護加算又は緊急時対応加算を算定している月にあつ

ては24時間対応体制加算、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、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあつては医療保険の看護・介護職員連携強化加算、介護保険における専門管理加算を算定している月にあつては医療保険の専門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(遠隔死亡診断補助加算を含む。)を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費(遠隔死亡診断補助加算を含む。)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。

9～12 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

(別紙1)

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。)	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室を除く。)を受けている患者	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	
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	○ ※2 (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、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り(末期の悪性腫瘍の以外の患者においては、利用開始後30日までの間)、算定することができる。)	○ ※2	—	—	—	ア:○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。) イ:○ (末期の悪性腫瘍の患者であって、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、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、算定することができる。)
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	○ ※9及び※14	○ ※9	—	—	—	ア:○ (認知症患者を除く。) イ:○※14 (認知症患者を除く。)
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)	—	—	—	○	ア:○ イ:×	—	—
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	○ ※15及び※17	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	ア:○※16 イ:○※16及び※17
24時間対応体制加算	○ ※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、緊急時介護予防訪問看護加算又は緊急時対応加算を算定していない場合に限る。)	○ ※15及び※17 (同一月において、緊急時訪問看護加算、緊急時介護予防訪問看護加算又は緊急時対応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、緊急時訪問看護加算、緊急時介護予防訪問看護加算又は緊急時対応加算を算定していない場合に限る。)	—	—	—	ア:○※16 イ:○※16及び※17
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。)	○ ※15及び※17 (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。)	○ ※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。)	—	—	—	ア:○※16 イ:○※16及び※17
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	×	ア:○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 イ:×	×
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。)	○ ※17 (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。)	○ ※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。)	—	—	—	—

「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	保険医療機関 (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。)	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。)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
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	○ ※15及び※17	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	ア:○ ※16 イ:○ ※16及び※17
看護・介護職員連携強化加算	○ ※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、介護保険の看護・介護職員連携強化加算を算定していない場合に限る。)		×	—	—	—	×
専門管理加算	○ ※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、 <u>介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。</u>)	○ ※15及び※17 (同一月において、 <u>介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。</u>)	○ ※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、 <u>介護保険の専門管理加算を算定していない場合に限る。</u>)	—	—	—	ア:○ ※16 イ:○ ※16及び※17
<u>訪問看護医療DX情報活用加算</u>	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	=	=	=	ア:○ ※16 イ:○ ※16及び※17
03 訪問看護情報提供療養費1	○ ※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。)	○ ※15及び※17 (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。)	○ ※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。)	—	—	—	×
03-2 訪問看護情報提供療養費2			—	—	—	—	—
03-3 訪問看護情報提供療養費3	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	×

「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	保険医療機関 (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。)	短期入所療養介護及び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
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(遠隔死亡診断補助加算を含む。))を算定していない場合に限る。)	○ ※15及び※17(同一月において、介護保険によるターミナルケア加算(遠隔死亡診断補助加算を含む。))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(ただし、看取り介護加算を算定している場合には、訪問看護ターミナルケア療養費2を算定する)	—	—	—	ア:○ ※16 (ただし、看取り介護加算を算定している場合には、訪問看護ターミナルケア療養費2を算定する) イ:○ ※16及び※17
遠隔死亡診断補助加算	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	—	—	—	ア:○ ※16 イ:○ ※16及び※17
06 訪問看護ベースアップ評価料	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	○ ※15及び※17	○ ※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者	=	=	=	ア:○ ※16 イ:○ ※16及び※17

- 注) ○: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年厚生労働省告示第128号)の規定により算定されるべき療養としているもの ×:診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)第6号の規定により算定できないもの —:診療報酬の算定方法の算定要件を満たし得ないもの
- ※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。
- ※3~8 略
- ※9 認知症患者を除く。(ただし、精神科在宅患者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。)
- ※10~13 略
- ※14 当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。
- ※15 末期の悪性腫瘍等の患者、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。)
- ※16 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。
- ※17 当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り(末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間)、算定することができる。
- ※18 当該ベースアップ評価料について、診療報酬の算定方法において、算定することが要件とされている点数を算定した場合に限る。

「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

(別紙2)

区 分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、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
訪問看護療養費	×			
退院時共同指導加算	○ ※5又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者			

※1～4 略

※5 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。

※6 略

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
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

） 殿

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告示」（[令和6年厚生労働省告示第57号](#)）等が告示され、[令和6年6月1日](#)から適用されること等に伴い、「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）の一部を下記のように改め、[令和6年6月1日](#)から適用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。また、要介護被保険者等である患者に対する診療報酬の取扱いについては、「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）も併せて参照すること。

なお、下記事項については、[子ども家庭庁支援局](#)並びに[厚生労働省](#)社会・援護局、障害保健福祉部及び老健局と協議済みであるため、念のため申し添える。

記

「記」以下を別添のとおり改める。

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、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）区分番号A000の初診料、医科点数表区分番号A001の再診料、医科点数表区分番号A002の外来診療料、医科点数表区分番号B001-2の小児科外来診療料及び医科点数表区分番号C000の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名以上の場合に限る。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、救護施設又は児童心理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名以上の場合に限る。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73条第

1 項の規定に基づき、児童心理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"> ・医科点数表区分番号B 0 0 0の特定疾患療養管理料 ・医科点数表区分番号B 0 0 1－2－9の地域包括診療料 ・医科点数表区分番号B 0 0 1－2－10の認知症地域包括診療料 ・医科点数表区分番号B 0 0 1－2－11の小児かかりつけ診療料 ・医科点数表区分番号B 0 0 1－3の生活習慣病管理料 <u>(I)</u>・ <u>医科点数表区分番号B 0 0 1－3－3の生活習慣病管理料 (II)</u> ・医科点数表区分番号B 0 0 7の退院前訪問指導料 ・医科点数表区分番号C 1 0 1の在宅自己注射指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 1－2の在宅小児低血糖症患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 1－3の在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 2の在宅自己腹膜灌流指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 2－2の在宅血液透析指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 3の在宅酸素療法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 4の在宅中心静脈栄養法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 5の在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 5－2の在宅小児経管栄養法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 5－3の在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 6の在宅自己導尿指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 7の在宅人工呼吸指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 7－2の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 7－3の在宅ハイフローセラピー指導管理料

	<ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表区分番号C 1 0 8の在宅麻薬等注射指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 8-2の在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 8-3の在宅強心剤持続投与指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 8-4の在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 9の在宅寝たきり患者処置指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 0の在宅自己疼痛管理指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 0-2の在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 0-3の在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 0-4の在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 0-5の在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 1の在宅肺高血圧症患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 2の在宅気管切開患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 2-2の在宅喉頭摘出患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 4の在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 6の在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 7の在宅経腸投薬指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 8の在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 9の在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 2 0の在宅中耳加圧療法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 2 1の在宅抗菌薬吸入療法指導管理料
<ul style="list-style-type: none"> ・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。） 	<ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表区分番号B 0 0 1の5の小児科療養指導料

・児童心理治療施設の配置医師	<ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表区分番号I002の通院・在宅精神療法 ・医科点数表区分番号I002-3の救急患者精神科継続支援料 ・医科点数表区分番号I004の心身医学療法 ・医科点数表区分番号I006の通院集団精神療法 ・医科点数表区分番号I007の精神科作業療法 ・医科点数表区分番号I008-2の精神科ショート・ケア ・医科点数表区分番号I009の精神科デイ・ケア ・医科点数表区分番号I010の精神科ナイト・ケア ・医科点数表区分番号I010-2の精神科デイ・ナイト・ケア
・児童心理治療施設の配置医師	<ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表区分番号B001の4の小児特定疾患カウンセリング料

3 配置医師以外の保険医が、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、救護施設又は児童心理治療施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）に入所している患者を診療する場合については、次の（１）又は（２）の取扱いとすること。

（１）患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を算定できる。

（２）（１）にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。

4 特別養護老人ホーム等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。

なお、介護保険法（平成9年法律第123号）[第62条](#)に規定する要介護被保険者等に対する診療報酬の取扱いについて、この通知に特に記載がないものについては、「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）の取扱いに従うこと。

[・医科点数表区分番号A001の再診料の注20及びA002の外来診療料の注11に規定する看護師等遠隔診療補助加算](#)

- ・医科点数表区分番号B 0 0 1 の9の外来栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号B 0 0 1 の11の集団栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号B 0 0 1 の13の在宅療養指導料
- ・医科点数表区分番号B 0 0 1 - 2 - 3の乳幼児育児栄養指導料
- ・医科点数表区分番号B 0 0 4の退院時共同指導料 1
- ・医科点数表区分番号B 0 0 9の診療情報提供料（I）（注2、注4及び注16に該当する場合に限る。）
- ・医科点数表区分番号C 0 0 1の在宅患者訪問診療料（I）及び医科点数表区分番号C 0 0 1 - 2の在宅患者訪問診療料（II）

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、医科点数表区分番号C 0 0 1の在宅患者訪問診療料（I）、医科点数表区分番号C 0 0 1 - 2の在宅患者訪問診療料（II）、医科点数表区分番号C 0 0 2の在宅時医学総合管理料、医科点数表区分番号C 0 0 2 - 2の施設入居時等医学総合管理料又は医科点数表区分番号C 0 0 3の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、指定障害者支援施設(生活介護を行う施設に限る。)については、以下のアに該当する場合には、それぞれ在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が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。）のうち、看取り介護加算（II）を算定していない場合に限り算定できる。

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。）

- ・医科点数表区分番号C 0 0 2の在宅時医学総合管理料
- ・医科点数表区分番号C 0 0 2 - 2の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、医科点数表区分番号C 0 0 1の在宅患者訪問診療料（I）、医科点数表区分番号C 0 0 1 - 2の在宅患者訪問診療料（II）、医科点数表区分番号C 0 0 2の在宅時医学総合管理料、医科点数表区分番号C 0 0 2 - 2の施設入居時等医学総合管理料又は医科点数表区分番号C 0 0 3の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、指定障害者支援施設(生活介護を行う施設に限る。)については、以下のアに該当する場合には、それぞれ施設入居時等医学総合管理料を算定することができる。

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。）

- ・ 医科点数表区分番号C 0 0 3の在宅がん医療総合診療料
ただし、看取り加算の取扱いについては、在宅患者訪問診療料の例によること。
- ・ 医科点数表区分番号C 0 0 5の在宅患者訪問看護・指導料及び医科点数表区分番号C 0 0 5-1-2の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。また、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者であって、末期の悪性腫瘍であるものについては、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、医科点数表区分番号C 0 0 5の在宅患者訪問看護・指導料又は医科点数表区分番号C 0 0 5-1-2の同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる。）
- ・ 医科点数表区分番号C 0 0 5-2の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。）
- ・ 医科点数表区分番号C 0 0 6の在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C 0 0 7の訪問看護指示料（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。）
- ・ 医科点数表区分番号C 0 0 7-2の介護職員等喀痰吸引等指示料
- ・ 医科点数表区分番号C 0 0 8の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。）
- ・ 医科点数表区分番号C 0 0 9の在宅患者訪問栄養食事指導料
- ・ 医科点数表区分番号C 0 1 0の在宅患者連携指導料
- ・ 医科点数表区分番号C 0 1 1の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。）
- ・ 医科点数表区分番号C 0 1 2の在宅患者共同診療料2及び3
- ・ 医科点数表区分番号C 0 1 3の在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・ 医科点数表区分番号I 0 1 2の精神科訪問看護・指導料（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く。また、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者であって、認知症の患者以外の患者については、当該患者

のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。）

- ・ 医科点数表区分番号 I 0 1 2 - 2 の精神科訪問看護指示料（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く。）
- ・ 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。） 区分番号 1 0 の 3 の服薬管理指導料の注14に規定する点数
- ・ 調剤点数表区分番号 1 3 の 2 のかかりつけ薬剤師指導料
- ・ 調剤点数表区分番号 1 3 の 3 のかかりつけ薬剤師包括管理料
- ・ 調剤点数表区分番号 1 5 の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。）
- ・ 調剤点数表区分番号 1 5 の 2 の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 又は注10に規定する場合を除く。）
- ・ 調剤点数表区分番号 1 5 の 3 の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。）
- ・ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号。以下「訪看告示」という。）別表区分番号 0 1 の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。また、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者であって、末期の悪性腫瘍であるものについては、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、算定することができる。）
- ・ 訪看告示別表区分番号 0 1 - 2 の精神科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認知症の患者以外の患者を除く。ただし、認知症の患者以外の患者であって、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、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。）
- ・ 訪看告示別表区分番号 0 2 の訪問看護管理療養費（24時間対応体制加算、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、看護・介護職員連携強化加算、専門管理加算及び 訪問看護医療DX情報活用加算を含む。）（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。ただし、その場合であっても、看護・介護職員連携強化加算は算定できない。また、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。）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、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（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。）においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。）

- ・ 訪看告示別表区分番号02の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。）
- ・ 訪看告示別表区分番号03の訪問看護情報提供療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号05の訪問看護ターミナルケア療養費（遠隔死亡診断補助加算を含む。）（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。）を除く。）
- ・ 訪看告示別表区分番号06の訪問看護ベースアップ評価料（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。また、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。）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、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（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。）においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。）

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。

- ・ 医科点数表区分番号C005の在宅患者訪問看護・指導料
- ・ 医科点数表区分番号C005-1-2の同一建物居住者訪問看護・指導料
- ・ 医科点数表区分番号C005-2の在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ・ 医科点数表区分番号C007の訪問看護指示料・医科点数表
- ・ 区分番号I012の精神科訪問看護・指導料
- ・ 医科点数表区分番号I012-2の精神科訪問看護指示料
- ・ 訪看告示別表区分番号01の訪問看護基本療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号02の訪問看護管理療養費（24時間対応体制加算、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、看護・

介護職員連携強化加算、専門管理加算及び訪問看護医療DX情報活用加算を含む。)

- ・ 訪看告示別表区分番号02の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。）
- ・ 訪看告示別表区分番号03の訪問看護情報提供療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号05の訪問看護ターミナルケア療養費（遠隔死亡診断補助加算を含む。）

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）を行う施設及び児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第16号）第2条第1号に規定する指定福祉型障害児入所施設については、5ただし書を準用する。

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、医科点数表第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、同部第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、当該保険医の診療日以外の点滴又は処置等を実施する場合に必要な衛生材料等についても、指示を行った当該保険医の属する保険医療機関が当該施設に提供すること。これらの場合にあっては、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等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。

医療・介護保険制度の参考情報

1 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 介護保険制度	岡山県（長寿社会課） 〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6 Tel086-226-7325/226-7327/226-7324

2 保険等ごとの規則・報酬の区分

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

3 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
（平成30年7月診療分まで）

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～ 健保：標報28万円以上 国保：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～＞ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書所得9 01万円超	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＞ 健保：標報53万～79万円 国保：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～約370万円 健保：標報26万円 以下 国保：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＞ 健保：標報28万～50万 円 国保：旧ただし書所得2 10万円超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＞ 健保：標報826円以下 国保：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		
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	住民税非課税	35,400円 <多数回：24,600円>
世帯合算できる対象基準額					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			

(平成30年8月診療分から)

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1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：課税所得690万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% <多数回：140,100円>		<年収約1,160万円> 健保：標報83万円以上 国保：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 健保：標報53万～79万円 国保：課税所得380万円以上	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% <多数回：93,000円>		<年収約770万円～約1,160万円> 健保：標報53万円～79万円 国保：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>
	年収約370万円～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：課税所得145万円以上	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% <多数回：44,400円>		<年収約370万円～約770万円> 健保：標報28万円～50万円 国保：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>
<一般> 年収～約370万円 健保：標報26万円以下 国保：課税所得145万円未満等		18,000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> 健保：標報26万円以下 国保：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		
低所得者Ⅰ	住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下等)	8,000円	15,000円	住民税非課税	35,400円 <多数回：24,600円>
世帯合算できる対象基準額					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
(平成 30 年 7 月診療分まで)

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～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
世帯合算できる対象基準額		
特 定 疾 病	10,000円	

(平成 30 年 8 月診療分から)

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	年収約1,160万円～ ・課税所得690万円以上	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 ・課税所得380万円以上	167,400円+ (総医療費 - 558,000円) × 1% <多数回：93,000円>
	年収約370万円～約770万円 ・課税所得 145万円以上	80,100円+ (総医療費 - 267,000円) × 1% <多数回：44,400円>
<一般> 年収～約370万円 ・課税所得 145万円未満	18,000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 (年金収入80万円以下等) >		15,000円
世帯合算できる対象基準額		
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 「限度額適用認定書」など(年齢等によって提示すべき証が異なります。)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す。

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「認定証」（限度額適用認定証）の交付を申請	「認定証」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

※「認定証」を提示しない場合は、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。

※マイナンバーカードを健康保険証として利用する場合、原則として、「認定書」は不要となります。

○高額療養費制度に係る自己負担限度額の計算方法

①70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。

②70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。

③70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。

4 高額医療・高額介護合算療養費制度

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） ※改正：平成29年8月1日施行

（平成30年7月診療分まで）

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	
低所得者	Ⅰ	19万円	19万円	

※区分ア：年収約1,160万円～（健保：標報83万円以上、国保：年間所得901万円超）

区分イ：年収約770～約1,160万円（健保：標報53万～79万円、国保：年間所得600万～901万円）

区分ウ：年収約370～約770万円（健保：標報28万～50万円、国保：年間所得210万～600万円）

区分エ：～年収約370万円（健保：標報26万円以下、国保：年間所得210万円以下）

区分オ：住民税非課税

(平成 30 年 8 月診療分から)

区 分	後期高齢者医療制度 +介護保険 ※2	被用者保険又は国保 (世帯内の70歳～74歳) +介護保険 ※2	被用者保険又は国保 (70歳未満を含む世帯) +介護保険 ※2
年収約1,160万円 (標報83万円以上、 課税所得690万円 以上)	2 1 2 万円	2 1 2 万円	2 1 2 万円
年収770～1,160 万円 (標報53～79 万円、課税所得38 0万円以上)	1 4 1 万円	1 4 1 万円	1 4 1 万円
年収370～770万 円 (標報28～50万 円、課税所得 145 万円以上)	6 7 万円	6 7 万円	6 7 万円
<一般> 年収156～370万 円 (標報26万円以 下、課税所得 145 万円未満※1)	5 6 万円	5 6 万円	6 0 万円
低所得者 II	3 1 万円	3 1 万円	3 4 万円
低所得者 I	1 9 万円※3	1 9 万円 ※3	

※1 収入の合計額が 520 万円未満 (1 人世帯の場合は 383 万円未満) の場合及び旧ただし書所得の合計額が 210 万円以下の場合も含む。

※2 対象世帯に 70～74 歳と 70 歳未満の方が混在する場合、まず 70～74 歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と 70 歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

※3 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は 31 万円。

5 主な支援制度 (公費)

(1) 心身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や知的障害を持つ人には、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。

(2) 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。