

医療保険と介護保険の 給付調整について

令和 5 年 4 月版

(R4 年度診療報酬改定等反映)

岡山県 福祉企画課 指導監査室・長寿社会課

令和5年4月現在

目 次

I 医療保険と介護保険について	1
【医療保険と介護保険との給付調整に係る関係告示等】	
・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）	4
・要介護被保険者等である患者について療養を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128号 最終改正：令和4年3月25日厚生労働省告示第88号）	
・「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（令和4年3月25日保医発0325第2号）	16
・上記通知の別紙（令和4年3月25日一部改正）「給付調整〇×表」	25
・〔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）＜「〇×表」※7関連＞	42
・「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14年3月31日保医発第0331002号）の一部改正について（令和4年3月25日保医発0325第3号）	44
・「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）ほかQ&A	54
II 医療・介護保険制度の参考情報	56

問い合わせ先（介護保険サービス提供事業所・施設）

岡山県 **福祉企画課** 指導監査室 ☎086-226-7917

URL：

福祉企画課指導監査室 <http://www.pref.okayama.jp/soshiki/340/>

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>

※岡山市、倉敷市、新見市に所在する事業所については、各市介護保険担当課へお問い合わせください。

問い合わせ先（保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション（医療保険に関するもの）等

岡山県 長寿社会課 医療保険指導班 ☎086-226-7325

URL

長寿社会課 <http://www.pref.okayama.jp/soshiki/35/>

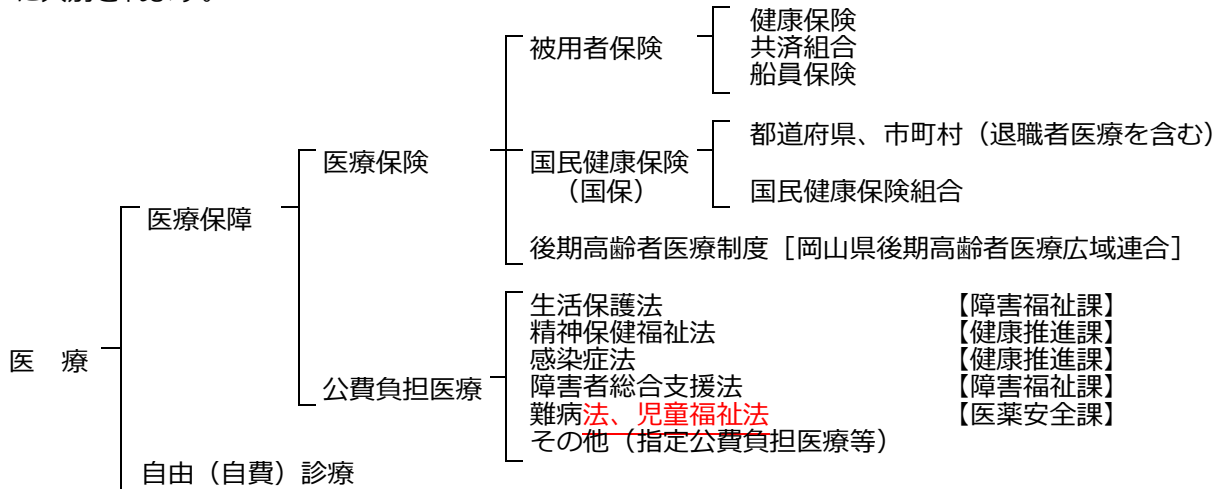
保険医療機関の診療報酬算定資料集【医療と介護の給付調整を含む】

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

I 医療保険と介護保険について

1 医療保障の概要

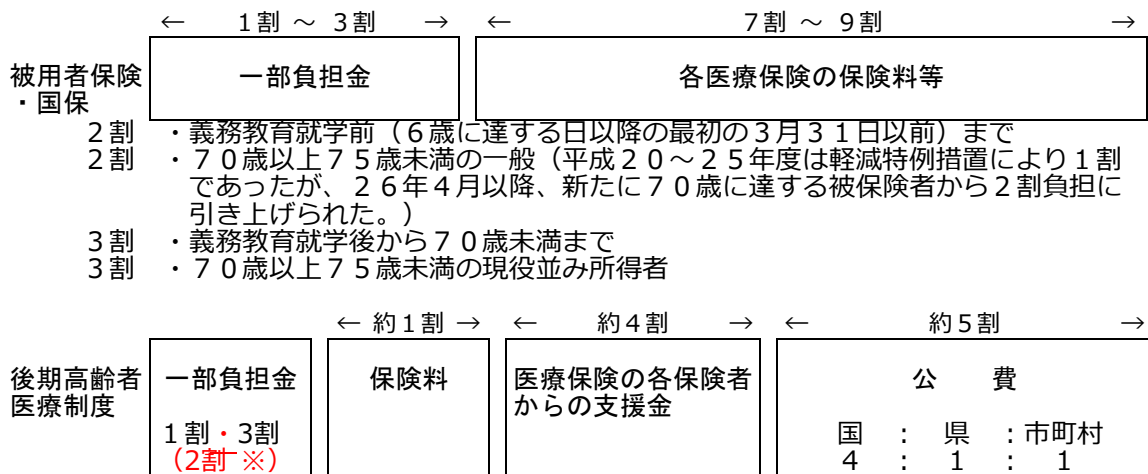
我が国の医療保険は、**被用者保険**、**国民健康保険**及び75歳以上の方等を対象とした**後期高齢者医療制度**に大別されます。



【 】は県担当課

2 医療保険等の財源別負担割合

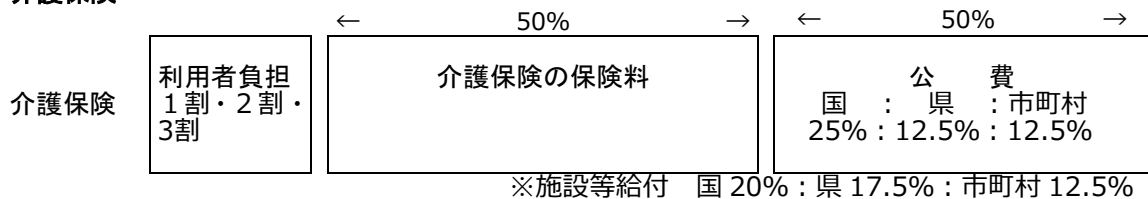
財源は、保険料、公費（税）、患者一部負担金のいずれかであり、各保険制度別の割合は下図のようになっています。



※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>（課税所得 145万円以上）
- ※ 令和4年10月から一定以上所得（例：世帯に75才以上が1人の場合＝年金とその他の所得金額の合計額が200万円以上）のある方について2割負担の区分が設けられます。
なお、配慮措置として、令和7年9月30日までは、1ヶ月の外来医療の窓口負担増加額は3,000円までとされます。

3 介護保険



- 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、平成27年8月から2割負担に引き上げられた。
- 3割 ・平成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た。

4 医療保険（診療報酬）と介護保険（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、健康保険法等において、同一の疾病又は傷害については、介護保険法の規定により給付を受けることができる場合については、医療保険からの給付は行わない旨（**介護保険優先**）が規定されていますので、留意してください。

(例) 要介護（要支援）認定を受けている患者に対するもの		
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（末期の悪性腫瘍等）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の指導管理が必要である患者に係る場合は、医療保険で 6月に1回、14日間に限り算定できます 。		

○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「**併**」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。

○月の途中で要介護被保険者等になる場合等の留意事項

患者が月の途中で要介護被保険者等になった場合、1月あたりの算定回数に制限がある場合については、同一医療機関において、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。

(例) 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
--

○リハビリテーションに関する留意事項

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を行った後、介護保険における（介護予防）訪問リハビリテーション又は（介護予防）通所リハビリテーションの利用開始日を含む月の翌月以降は、手術、急性増悪等による場合及び次の場合を除き**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**。

併用可能な場合：	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
併用可能期間：	介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで
留意事項：	診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載すること。 利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとなる。
その他：	目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、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、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。

○特別養護老人ホーム等（※）における療養の給付の取扱い

特別養護老人ホーム等に配置されている保険医（配置医師）が、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については、他給付（介護給付、自立支援給付等）において評価されているため、診療報酬の算定ができないものがあるので、注意が必要である。

また、配置医師以外の保険医が特別養護老人ホーム等の患者を診療する場合については、次のとおりの取扱いとなるので注意すること。

- ・ 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の求め等を踏まえ、配置医師の医学的判断による求めがある場合に限り**、初・再診料、往診料、検査、処置等に係る診療報酬を算定できる。
- ・ 上記にかかわらず、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**についても、初・再診料、往診料、検査、処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。

なお、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。

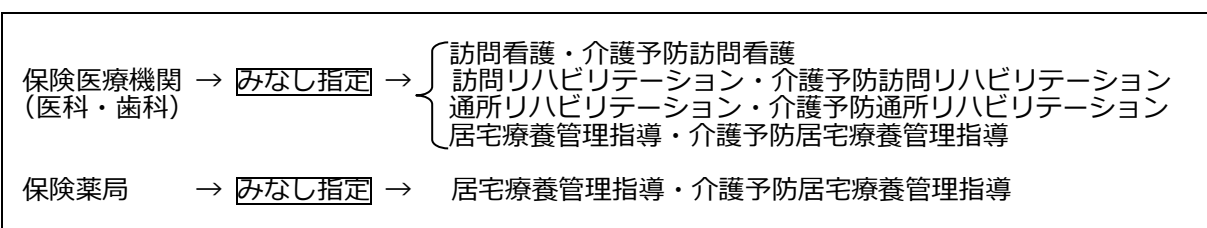
<（※）特別養護老人ホーム等とは>

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、乳児院又は児童心理治療施設

【保険医療機関及び保険薬局に関わる介護保険の居宅サービス提供事業者の指定等について】

●保険医療機関及び保険薬局のみなし指定について

医療保険で保険医療機関及び保険薬局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」（医療みなし指定）されます。（下図のとおり）

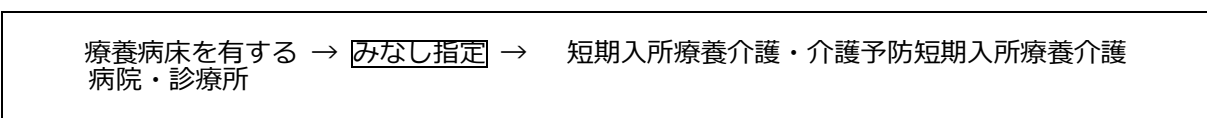


※ 「みなし指定」を受けた場合には、介護保険事業所として登録されますが、実際にサービス提供を行う場合は、必要に応じて、岡山県知事（岡山市、倉敷市及び新見市に所在する保険医療機関は各市長）（以下「岡山県知事等」という。）に対し体制届等の提出を行う必要があります。

※ 指定が不要な場合には、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。

●療養病床を有する病院・診療所に対するみなし指定について(平成30年4月1日から)

療養病床を有する病院・診療所については、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」（医療みなし指定）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、岡山県知事等に対し体制届等の提出を行う必要があります。

※ 指定が不要な場合には、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（一般指定）が必要です。

【医療保険と介護保険との給付調整に係る関係告示等】

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

- 一 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。）
- 二 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
- 三 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)
(平成28年3月31日 厚生労働省告示第168号)
(平成30年3月30日 厚生労働省告示第179号)
(令和2年3月27日 厚生労働省告示第108号)
(最終改正：令和4年3月25日 厚生労働省告示第88号)

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 (平成20年厚生労働省告示第128号)の一部を次のように改正し、令和4年4月1日から適用する。ただし、同年3月31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	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 3 別表第一第2章第2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C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ロ 区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料 ハ 区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料 4 別表第一第2章第3部から第13部までに規定する点数

<p>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患者</p> <p><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院に入所している患者</p>	<p>5 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>6 別表第三に規定する点数（区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を除く。）</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 別表第一及び別表第二に規定する点数</p> <p>2 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</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14又はロの（1）及び（2）の注11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つて、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に掲げる介護支援等連携指導料</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> <p>⑨ 区分番号B005-7-2に掲げる認知症療養指導料</p> <p>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</p> <p>⑪ 区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料</p> <p>⑫ 区分番号B007-2に掲げる退院後訪問指導料</p> <p>⑬ 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料</p> <p>⑭ 区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料</p> <p>⑮ 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（注1、注3、注4、注8、注9又は注11から注18までに掲げる場合に限る。）</p> <p>⑯ 区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料</p> <p>⑰ 区分番号B010に掲げる診療情報提供料（II）</p> <p>⑱ 区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料</p> <p>⑲ <u>区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料</u></p> <p>⑳ 区分番号B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料</p> <p>㉑ 区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料</p> <p>ロ 別表第一第2章第4部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの</p> <p>① 第1節通則第4号のイに規定する点数</p> <p>② 区分番号E001の1に掲げる単純撮影</p> <p>③ 区分番号E002の1に掲げる単純撮影</p> <p>ハ 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。）</p>

	<p>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。）</p> <p>ホ 別表第一区分番号H005に掲げる視能訓練及び別表第一区分番号H006に掲げる難病患者リハビリテーション料</p> <p>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</p> <p>① 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法</p> <p>② 区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法</p> <p>③ 区分番号I007に掲げる精神科作業療法</p> <p>④ 区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア（注5に規定する場合を除く。）</p> <p>⑤ 区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア（注6に規定する場合を除く。）</p> <p>⑥ 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料</p> <p>⑦ 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料</p> <p>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。）</p> <p>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</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のイの（1）から（4）までの注14又は口の（1）及び（2）の注11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</p> <p>ロ 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</p> <p>ハ 別表第一区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料</p> <p>ニ 別表第一区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料</p> <p>ホ <u>別表第一区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料</u></p> <p>へ 別表第一第2章第3部及び第4部に規定する点数</p> <p>下 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の薬剤に係るものに限る。）</p> <p>チ 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の薬剤に係るものに限る。）</p> <p>リ 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I011に掲げる精神科退院指導料</p> <p>② 区分番号I011-2に掲げる精神科退院前訪問指導料</p> <p>③ 区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料</p> <p>④ 区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料</p> <p>ヌ 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</p> <p>ロ 区分番号B004-9に掲げる介護支援等連携指導料</p> <p>ハ 区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料</p> <p>ニ 区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料</p> <p>ホ 区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料</p> <p>へ 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料</p> <p>ト 区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料</p> <p>チ 区分番号B011-4に掲げる退院時薬剤情報管理指導料</p> <p>リ 区分番号B014に掲げる退院時共同指導料1</p> <p>ヌ 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2</p> <p>ル 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>ヲ 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料</p> <p>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</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に限る。）に入院している患者</p> <p>ロ 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9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及び別表第一区分番号A227-2に掲げる精神科措置入院退院支援加算</p> <p>ロ 別表第一区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料</p> <p>ハ 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。）</p> <p>ニ 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。）</p> <p>ホ 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</p> <p>② 区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法</p>

	<p>③ 区分番号 I 0 0 7 に掲げる精神科作業療法</p> <p>④ 区分番号 I 0 0 8 - 2 に掲げる精神科ショート・ケア（注 5 に <u>規定する</u> 場合を除く。）</p> <p>⑤ 区分番号 I 0 0 9 に掲げる精神科デイ・ケア（注 6 に <u>規定する</u> 場合を除く。）</p> <p>⑥ 区分番号 I 0 1 2 に掲げる精神科訪問看護・指導料</p> <p>⑦ 区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科在宅患者支援管理料</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 8 の（1）から（3）までの注 9 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</p> <p>ロ 別表第一区分番号 A 4 0 0 の 1 に掲げる短期滞在手術等基本料 1</p> <p>ハ 別表第一区分番号 B 0 1 0 - 2 に掲げる診療情報連携共有料</p> <p>ニ <u>別表第一区分番号 B 0 1 1 - 5 に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料</u></p> <p>ホ 別表第一第 2 章第 3 部及び第 4 部に規定する点数</p> <p>ヘ 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の<u>薬剤</u>に係るものに限る。）</p> <p>ト 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の<u>薬剤</u>に係るものに限る。）</p> <p>チ 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 I 0 0 2 に掲げる通院・在宅精神療法</p> <p>② 区分番号 I 0 0 3 - 2 に掲げる認知療法・認知行動療法</p> <p>③ 区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料</p> <p>④ 区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる精神科退院前訪問指導料</p> <p>⑤ 区分番号 I 0 1 2 に掲げる精神科訪問看護・指導料</p> <p>⑥ 区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科在宅患者支援管理料</p> <p>テ 別表第一第 2 章第 9 部から第 1 3 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 B 0 0 4 - 1 - 4 に掲げる入院栄養食事指導料</p> <p>ロ 区分番号 B 0 0 4 - 9 に掲げる介護支援等連携指導料</p> <p>ハ 区分番号 B 0 0 6 - 3 に掲げるがん治療連携計画策定料</p> <p>ニ 区分番号 B 0 0 6 - 3 - 2 に掲げるがん治療連携指導料</p> <p>ホ 区分番号 B 0 0 7 に掲げる退院前訪問指導料</p> <p>ヘ 区分番号 B 0 0 8 に掲げる薬剤管理指導料</p> <p>ト 区分番号 B 0 0 8 - 2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料</p> <p>チ 区分番号 B 0 1 1 - 4 に掲げる退院時薬剤情報管理指導料</p> <p>リ 区分番号 B 0 1 4 に掲げる退院時共同指導料 1</p> <p>ヌ 区分番号 B 0 1 5 に掲げる退院時共同指導料 2</p> <p>ル 区分番号 C 0 0 3 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>ヲ 区分番号 C 0 0 7 に掲げる在宅患者連携指導料</p> <p>フ 区分番号 C 0 0 8 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</p> <p>イ 介護医療院に入所している患者</p> <p>ロ 介護医療院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 4 のイからへまでの注 1 1 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 1 章第 1 部に規定する点数（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）</p> <p>ロ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 1 に掲げるウイルス疾患指導料</p> <p>ハ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 2 に掲げる特定薬剤治療管理料</p> <p>ニ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 3 に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料</p> <p>ホ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 6 に掲げるてんかん指導料</p> <p>ヘ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料</p> <p>ト 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 8 に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料</p> <p>チ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料</p> <p>リ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料</p> <p>ヌ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 12 に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>ル 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 14 に掲げる高度難聴指導管理料</p> <p>ヲ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 15 に掲げる慢性維持透析患者外来医学管理料</p> <p>フ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 16 に掲げる喘息治療管理料</p> <p>カ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料</p> <p>コ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 23 に掲げるがん患者指導管理料</p> <p>ク 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 24 に掲げる外来緩和ケア管理料</p> <p>ケ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 25 に掲げる移植後患者指導管理料</p> <p>ソ 別表第一区分番号 B 0 0 1 の 26 に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理</p>

	料
ツ	別表第一区分番号B001-32に掲げる一般不妊治療管理料
ネ	別表第一区分番号B001-33に掲げる生殖補助医療管理料
ナ	別表第一区分番号B001-34に掲げる二次性骨折予防継続管理料3
ラ	別表第一区分番号B001-35に掲げるアレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料
ズ	別表第一区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
ウ	別表第一区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
ヰ	別表第一区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
ノ	別表第一区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
オ	別表第一区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
ク	別表第一区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料の注3に規定する点数
ヤ	別表第一区分番号B001-7に掲げるリンパ浮腫指導管理料（注2に規定する場合に限る。）
マ	別表第一区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料
テ	別表第一区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料
フ	別表第一区分番号B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料
コ	別表第一区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料
エ	別表第一区分番号B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料
デ	別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（注1、注6、注8、注10から注15まで及び注18に規定する場合に限る。）
ア	別表第一区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
サ	別表第一区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
キ	別表第一区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料
ユ	別表第一区分番号B012に掲げる傷病手当金意見書交付料
ヌ	別表第一区分番号C000に掲げる往診料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
ミ	別表第一第2章第2部第2節第2款に規定する点数
シ	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
ヱ	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。）
ヒ	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。）
モ	別表第一区分番号H005に掲げる視能訓練及び別表第一区分番号H006に掲げる難病患者リハビリテーション料
セ	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別表第5第2号に掲げる処置に係るものを除く。）
ス	別表第一第2章第10部から第13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4のイからへまでの注11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
ロ	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	別表第一区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料
ニ	別表第一区分番号B001の2に掲げる特定薬剤治療管理料
ホ	別表第一区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料
ヘ	別表第一区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料
ト	別表第一区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料
チ	別表第一区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料
リ	別表第一区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料
ヌ	別表第一区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料
ル	別表第一区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料
ヲ	別表第一区分番号B001の14に掲げる高度難聴指導管理料
ワ	別表第一区分番号B001の15に掲げる慢性維持透析患者外来医学管理料
カ	別表第一区分番号B001の16に掲げる喘息治療管理料
ヨ	別表第一区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料
タ	別表第一区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料

- レ 別表第一区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料
- ソ 別表第一区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料
- ツ 別表第一区分番号B001の25に掲げる移植後患者指導管理料
- ネ 別表第一区分番号B001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料
- ナ 別表第一区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料
- ラ 別表第一区分番号B001-32に掲げる一般不妊治療管理料
- ム 別表第一区分番号B001-33に掲げる生殖補助医療管理料
- ウ 別表第一区分番号B001-34に掲げる二次性骨折予防継続管理料3
- ヰ 別表第一区分番号B001-35に掲げるアレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料
- フ 別表第一区分番号B001-36に掲げる下肢創傷処置管理料
- ク 別表第一区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- ク 別表第一区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- ヤ 別表第一区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- マ 別表第一区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
- テ 別表第一区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- フ 別表第一区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料の注3に規定する点数
- コ 別表第一区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料
- エ 別表第一区分番号B001-7に掲げるリンパ浮腫指導管理料（注2に規定する場合に限る。）
- チ 別表第一区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料
- ア 別表第一区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料
- サ 別表第一区分番号B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料
- 手 別表第一区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料
- 工 別表第一区分番号B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料
- ヌ 別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（注1、注6、注8、注10から注15まで及び注18に規定する場合に限る。）
- ミ 別表第一区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- シ 別表第一区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- エ 別表第一区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料
- ヒ 別表第一区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- モ 区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料
- セ 別表第一区分番号B012に掲げる傷病手当金意見書交付料
- ス 別表第一区分番号C000に掲げる往診料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- ン 別表第一第2章第2部第2節第2款に規定する点数
- アイ 別表第一第2章第3部及び第4部に規定する点数
- イロ 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の薬剤に係るものに限る。）
- イハ 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の薬剤に係るものに限る。）
- イニ 別表第一区分番号H005に掲げる視能訓練及び別表第一区分番号H006に掲げる難病患者リハビリテーション料
- イホ 別表第一区分番号I000に掲げる精神科電気痙攣療法
- イハ 別表第一区分番号I000-2に掲げる経頭蓋磁気刺激療法
- イト 別表第一区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法
- イチ 別表第一区分番号I003-2に掲げる認知療法・認知行動療法
- イト 別表第一区分番号I006に掲げる通院集団精神療法（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- イヌ 別表第一区分番号I007に掲げる精神科作業療法（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- イル 別表第一区分番号I008-2に掲げる精神科ショート・ケア（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- イロ 別表第一区分番号I009に掲げる精神科デイ・ケア（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- イフ 別表第一区分番号I015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料（併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る。）
- イカ 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>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B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料</p> <p>ロ 区分番号B014に掲げる退院時共同指導料1</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>6 次に掲げる患者</p> <p>イ 介護老人保健施設に入所している患者</p> <p>ロ 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養介護を受けている患者</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章第1部に規定する点数</p> <p>2 別表第一第3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</p> <p>ロ 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>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B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料</p> <p>ロ 区分番号B014に掲げる退院時共同指導料1</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>7 次に掲げる患者(以下「介護老人福祉施設入所者」という。)</p> <p>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</p> <p>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</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。)</p> <p>2 別表第二に規定する点数</p> <p>3 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 <u>区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料の注14に規定する点数</u></p> <p>ロ 区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料</p> <p>ハ 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>備考</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>10 この表において「介護医療院」とは、法第8条第29項に規定する介護医療院をいう。</p> <p>11 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。</p> <p>12 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。</p> <p>13 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。</p> <p>14 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。</p>	

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
1 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B001の9に掲げる外来栄養食事指導料 □ 別表第一区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料	介護医療院入所者については、 <u>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4のイからへまでの注5に掲げる減算を算定した場合に限り</u> 、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2に <u>規定する</u> 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り、算定できる。
3 別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（注3、注14及び注15に <u>規定する</u> 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。
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C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ） □ 別表第一区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ） 八 別表第一区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料 二 別表第一区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料	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（Ⅰ）、別表第一区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、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（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）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 <u>限り</u> 、算定できる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に <u>つ</u> いては、 <u>利用開始後30日</u> までの間に限る。）。 また、保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に <u>つ</u> いては、 <u>利用開始後30日</u> までの間に限る。）。
5 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。
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	1 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げ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。 2 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C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は別表第一区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の保健師、助産師、看護師又は准看護師が看護又は指導を行った場合に、算定できる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に <u>つ</u> いては、 <u>利用開始後30日</u> までの間に限る。）。
7 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（別表第一区分番号C005-1-2に掲げる同	特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げ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（当該患者について、同一月において、ターミナ

一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する加算が算定されるべき療養	ルケア加算を算定している場合を除く。)に限り、算定できる。
8 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(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6の規定により準用する場合を含む。)に規定する加算が算定されるべき療養	特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げ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(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。
9 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13(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6の規定により準用する場合を含む。)に規定する加算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、特定施設若しくは地域密着型特定施設に入居しているもの又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けているものについては、算定できない。
10 別表第一区分番号C005-2に掲げる在宅患者訪問点滴注射管理指導料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、特定施設若しくは地域密着型特定施設に入居しているもの又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けているものについては、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げ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限り、算定できる。
11 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	入院中の患者以外の患者であって、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ものに係るもの場合に限り、算定できる。
12 別表第一区分番号C012に掲げる在宅患者共同診療料の2又は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。
13 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H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料 ロ 別表第一区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料 ハ 別表第一区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料 ニ 別表第一区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料 ホ 別表第一区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料	入院中の患者以外の患者及び介護老人福祉施設入所者については、訪問リハビリテーション費、通所リハビリテーション費、介護予防訪問リハビリテーション費又は介護予防通所リハビリテーション費を算定した日を含む月から3月目(左欄に掲げるリハビリテーション料を算定する保険医療機関において、これらのリハビリテーション費を算定した場合には、翌月)以降については、算定できない。
14 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 ロ 別表第一区分番号I008に掲げる入院生活技能訓練療法	同一日において、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。
15 別表第一区分番号I006に掲げる通院集団精神療法	介護医療院入所者については、同一日において、精神科作業療法又は認知症老人入所精神療法を行い、特別診療費を算定した場合には、算定できない。
16 別表第一区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料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に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する者を除く。)に限り、算定できる。ただし、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I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業

	療法士又は精神保健福祉士が看護又は指導を行った場合に、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。
17 下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 □ 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。
18 別表第一区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注11に規定する加算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、特定施設若しくは地域密着型特定施設に入居しているもの又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けているものについては、算定できない。
19 下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。）	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（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。
20 下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	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（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。この場合において、別表第二に規定する点数であって、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の算定を算定要件とするものの算定については、当該管理料を算定したものとみなす。
21 下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	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。
22 下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の3に掲げる服薬管理指導料 □ 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	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（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つては、この限りでない。
23 別表第三区分番号14の2の1に掲げる外来服薬支援料1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、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。
24 下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時等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	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。
25 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	入院中の患者以外の患者について、同一日において、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。
26 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	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（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。
備考	
1 この表において「法」とは、介護保険法をいう。	
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 <u>（削除）</u>	
4 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。	
5 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。	
6 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。	
7 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4に規定する介護予防居宅療養管理指導費をいう。	
8 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。	
9 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。	
10 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。	
11 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19項に規定する小規模多機能型居宅介護をいう。	
12 この表において「複合型サービス」とは、法第8条第23項に規定する複合型サービスをいう。	
13 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。	
14 この表において「地域密着型特定施設」とは、法第8条第21項に規定する地域密着型特定施設をいう。	
15 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。	
16 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。	
17 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11に規定するターミナルケア加算及び同表の8の <u>カ</u> に規定するターミナルケア加算をいう。	
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、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2の注10に規定する特別管理加算、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1の注10に規定する特別管理加算及び同表の8の <u>フ</u> に規定する特別管理加算をいう。	
19 この表において「認知症対応型共同生活介護」とは、法第8条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護をいう。	
20 この表において「介護予防認知症対応型共同生活介護」とは、法第8条の2第15項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護をいう。	
21 この表において「訪問リハビリテーション費」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4に規定する訪問リハビリテーション費をいう。	
22 この表において「通所リハビリテーション費」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7に規定する通所リハビリテーション費をいう。	
23 この表において「介護予防訪問リハビリテーション費」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別表の3に規定する介護予防訪問リハビリテーション費をいう。	
24 この表において「介護予防通所リハビリテーション費」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別表の5に規定する介護予防通所リハビリテーション費をいう。	
25 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及び特別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）別表第一の16に規定する精神科作業療法をいう。	
26 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及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数別表第一の17に規定する認知症老人入院精神療法をいう。	
27 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（ <u>12</u> ）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7の二の（ <u>5</u> ）に掲げる特定診療費をいう。	

- 28 この表において「特別診療費」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の木の(12)に掲げる特別診療費、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4のタに掲げる特別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7の木の(10)に掲げる特別診療費をいう。
- 29 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。

老老発 0325 第1号

保医発 0325 第1号

令和4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件」（令和4年厚生労働省告示第88号）等が公布され、令和4年4月1日から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、令和4年4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。

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。

別添

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（当該病院にあつては、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であること。
- (2) 病院であつて、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、令和6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。）であつて、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、令和6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 病棟全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」（[令和4年3月4日保医発0304第2号](#)）に基づき、療養病棟入院料 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 病棟全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、特別療養費及び特別診療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、介護医療院若しくは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、特別療養費又は特別診療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医療院若しく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、特別療養費又は特別診療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医療院若しく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) 特定診療費又は特別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、共用する場合にあつては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費、特別療養費又は特別診療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。）であつて、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)のアからコまでに掲げ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（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4 介護医療院に入所中の患者の医療保険における保険医療機関への受診等について

- 1 介護医療院に入所中の患者に対する診療の基本的な考え方は、第2の6の(1)、(2)及び(4)の例によること。
- 2 介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合には、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。算定できる費用については介護調整告示によるものとし、別紙2を参照のこと。
- 3 医療療養病床及び介護療養病床が混在する病棟の一部を介護医療院に転換した場合、夜間勤務等の体制については、第2の2の(3)の例によること。

第5 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、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 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。）の利用開始日を含む月の翌月以降は、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、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、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には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、当該利用開始日の翌月及び翌々月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。

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「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」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関し、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」から「3」までのいずれかを算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）の取扱いは、介護老人保健施設の入所者以外の者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、ダルベ

ポエチン、エポエチンベータペゴル及びH I F - P H阻害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。また、H I F - P H阻害剤は、原則として人工腎臓を算定する保険医療機関において院内処方すること。