

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」（[令和 4 年厚生労働省告示第 54 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、「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 2 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。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、子ども家庭局、社会・援護局、障害保健福祉部及び老健局とも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。

**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、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 A 0 0 0 の初診料、医科点数表区分番号 A 0 0 1 の再診料、医科点数表区分番号 A 0 0 2 の外来診療料、医科点数表 区分番号 B 0 0 1 - 2 の小児科外来診療料及び医科点数表区分番号 C 0 0 0 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、乳児院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21条第1項又は同基準第73条第1項の規定に基づき、乳児院(定員100名以上の場合に限る。以下同じ。)又は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"> <li>・ 配置医師 (全施設共通)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医科点数表区分番号B000の特定疾患療養管理料</li> <li>・ 医科点数表区分番号B001-2-9の地域包括診療料</li> <li>・ 医科点数表区分番号B001-2-10の認知症地域包括診療料</li> <li>・ 医科点数表区分番号B001-2-11の小児かかりつけ診療料</li> <li>・ 医科点数表区分番号B001-3の生活習慣病管理料</li> <li>・ 医科点数表区分番号B007の退院前訪問指導料</li> <li>・ 医科点数表区分番号C101の在宅自己注射指導管理料</li> <li>・ 医科点数表区分番号C101-2の在宅小児低血糖疾患</li> </ul>

者指導管理料

- ・ 医科点数表区分番号C101-3の在宅妊娠糖尿病患者指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C102の在宅自己腹膜灌流指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C102-2の在宅血液透析指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C103の在宅酸素療法指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C104の在宅中心静脈栄養法指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C105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C105-2の在宅小児経管栄養法指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C105-3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C106の在宅自己導尿指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C107の在宅人工呼吸指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C107-2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C107-3の在宅ハイフローセラピー指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C108の在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C108-2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C109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C110の在宅自己疼痛管理指導管理料
- ・ 医科点数表区分番号C110-2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C110-3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C110-4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C110-5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C111の在宅肺高血圧症患者指導

	<p>管理料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ <u>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</u></li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ <u>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</u></li> </ul>
・ 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。）	・ 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"> <li>・ 医科点数表区分番号 I 0 0 2 の通院・在宅精神療法</li> <li>・ 医科点数表区分番号 I 0 0 2 - 3 の救急患者精神科継続支援料</li> <li>・ 医科点数表区分番号 I 0 0 4 の心身医学療法</li> <li>・ 医科点数表区分番号 I 0 0 6 の通院集団精神療法</li> <li>・ 医科点数表区分番号 I 0 0 7 の精神科作業療法</li> <li>・ 医科点数表区分番号 I 0 0 8 - 2 の精神科ショート・ケア</li> <li>・ 医科点数表区分番号 I 0 0 9 の精神科デイ・ケア</li> <li>・ 医科点数表区分番号 I 0 1 0 の精神科ナイト・ケア</li> <li>・ 医科点数表区分番号 I 0 1 0 - 2 の精神科デイ・ナイト・ケア</li> </ul>
・ 乳児院又は児童心理治療施設の配置医師	・ 医科点数表区分番号 B 0 0 1 の 4 の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。（H30.3.30改正）

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、乳児院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６３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Ｂ００１の９の外来栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号Ｂ００１の１１の集団栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号Ｂ００１の１３の在宅療養指導料
- ・医科点数表区分番号Ｂ００１－２－３の乳幼児育児栄養指導料
- ・医科点数表区分番号Ｂ００４の退院時共同指導料１
- ・医科点数表区分番号Ｂ００９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Ｃ００１の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号Ｃ００１－２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Ｃ００１の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、医科点数表区分番号Ｃ００１－２の在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、医科点数表区分番号Ｃ００２の在宅時医学総合管理料、医科点数表区分番号Ｃ００２－２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Ｃ００３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には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C002の在宅時医学総合管理料
- ・ 医科点数表区分番号C002-2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C001の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、医科点数表区分番号C002の在宅時医学総合管理料、医科点数表区分番号C002-2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C003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。

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C003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C005の在宅患者訪問看護・指導料及び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（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C005の在宅患者訪問看護・指導料又は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C005-2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C006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C007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C007-2の介護職員等喀痰吸引等指示料
- ・医科点数表区分番号C008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C009の在宅患者訪問栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号C010の在宅患者連携指導料
- ・医科点数表区分番号C011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C012の在宅患者共同診療料2及び3
- ・医科点数表区分番号C013の在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・医科点数表区分番号I012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I012-2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15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を除く。）
- ・調剤点数表区分番号15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67号。以下「訪看告示」という。）別表区分番号01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01-2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及び専門管理加算を含む。）（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 0 2 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 0 3 の訪問看護情報提供療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号 0 5 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。）

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 C 0 0 5 の在宅患者訪問看護・指導料
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 医科点数表区分番号 C 0 0 7 の訪問看護指示料
- ・ 医科点数表区分番号 I 0 1 2 の精神科訪問看護・指導料
- ・ 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
- ・ 訪看告示別表区分番号 0 1 の訪問看護基本療養費
- ・ 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
- ・ 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及び看護・介護職員連携強化加算 及び専門管理加算を含む。）
- ・ 訪看告示別表区分番号 0 2 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 0 3 の訪問看護情報提供療養費
- ・ 訪看告示別表区分番号 0 5 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となる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。

## 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	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） 御中  
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）

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」  
の運営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」という。）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、館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、緊急の場合また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察する場合は、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ものなのか確認の上実施すること。

Q & A

**（障害者支援施設における給付調整について：H24. 11. 1 医療課事務連絡）**

問： 医師配置のある障害者支援施設の入所者について、その障害による症状が悪化した場合や障害の特性に応じて、配置医が内科であるものの、外部の特定の内科やその他の科の医師でなければ当該障害に応じて専門的な診療が困難な場合に、当該外部の医師が診療を行うことは、「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）3にある、「みだりに診療」に該当するのか。

答： 医師配置のある障害者支援施設の入所者の症状の悪化や障害の特性に応じた受診に伴い、例えば、配置医が内科である場合であって、当該入所者の障害の特性に応じて、内科の特定の医師やその他の科の医師による患者個人々の業歴や状態に応じた専門的な診療は必要となる場合も想定されるため、当該診療の必要性を配置医が認める場合において、当該入所者からの求め（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。）に応じて外部の医師が診療することは、「みだりに診療」には該当しない。

なお、「「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）3にあるとおり、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等を訪問して診療する場合は、その保険医は、配置医師とみなされることに留意すること。

**（特別養護老人ホーム（特養）入所者に対する配置医師以外の保険医の診療：H30. 4. 25 医療課事務連絡）**

問： 特養入所者に対する配置医師以外の保険医の診療については、緊急の場合を除き、配置医師の求めがあった場合のみ診療報酬を算定できるとされたが、文書による求めが必要か。

答： 必ずしも文書によるものではない。例えば、入所者本人又は入所者の家族のを通じ、配置医師が当該保険医による診療の必要性を認めていることが確認できる場合には、配置医師の求めがあったものとして取り扱う。

## 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>			
<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～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>
				<～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、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。

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)	212万円	212万円	212万円

年収770～1,160万円（標報53～79万円、課税所得380万円以上）		141万円	141万円	141万円
年収370～770万円（標報28～50万円、課税所得145万円以上）		67万円	67万円	67万円
<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）		56万円	56万円	60万円
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	34万円
低所得者	Ⅰ	19万円※3	19万円 ※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。