



福岡医発第106号(地)

平成24年 4月 9日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松田 峻一 良

(公印省略)

特養等における療養の給付、医療保険と介護保険の給付調整について

「「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について」及び「「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」の一部改正について」が、厚生労働省保険局医療課長より日本医師会を通じて別添のとおり通知がありましたので、貴会会員へ周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、本通知につきましては、本会ホームページ中、「診療報酬改定」特設ページに掲載いたしますので、ダウンロードの上、ご活用いただきますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

(保2)

平成 2 4 年 4 月 4 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木 邦彦

平成 2 4 年度診療報酬改定に係る通知の送付について
(特養等における療養の給付、医療保険と介護保険の給付調整)

平成 24 年度診療報酬改定に係る関係告示等につきましては、平成 24 年 3 月 6 日付日医発第 1114 号(保 253)より逐次ご連絡申し上げているところであります。今般、「「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」及び「「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」の一部改正について」が、別添のとおり厚生労働省保険局医療課長より通知されましたので、取り急ぎご報告申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りたくお願い申し上げます。

【添付資料】

「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
(平 24. 3. 30 保医発 0330 第 9 号 厚生労働省保険局医療課長)

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
(平 24. 3. 30 保医発 0330 第 10 号 厚生労働省保険局医療課長)

保 医 発 0 3 3 0 第 9 号

平成24年3月30日

地方厚生（支）局医療課長	}	殿
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		

厚生労働省保険局医療課長

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

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第76号）等が公布され、平成24年4月1日から適用されることに伴い、下記の通知の一部を改正することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

記

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

記以下を別添のとおり改正し、平成24年4月1日から適用する。

1 保険医が、次の(1)から(8)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（特別の必要があって行う診療を除く。）については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付（以下「他給付」という。）において評価されているため、初診料、再診料（外来診療料を含む。）、小児科外来診療料及び往診料を算定できない。

(1) 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（昭和41年厚生省令第19号）第12条第1項第2号、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第46号）第12条第1項第2号、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第121条第1項第1号又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第129条第1項第1号の規定に基づき、養護老人ホーム（定員111名以上の場合。以下同じ。）、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所又は指定介護予防短期入所生活介護事業所に配置されている医師

(2) 病院又は診療所と特別養護老人ホームが併設（「病院又は診療所と介護老人保健施設等との併設等について」（平成19年7月30日医政発第0730001号・老発第0703001号）にいう併設をいう。）されている場合の当該病院又は診療所（以下「併設医療機関」という。）の医師

なお、病院又は診療所と養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（障害者自立支援法第5条第7項に規定する生活介護を行う施設に限る。以下同じ。）、盲導犬訓練施設、救護施設、乳児院又は情緒障害児短期治療施設が合築又は併設されている場合についても同様の取扱いとする。

(3) 障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設の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) 障害者自立支援法第5条第6項に規定する療養介護を行う事業所に配置されている医師

(5) 救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供施設の設備及び運営に関する最低基準（昭和41年厚生省令第18号）第11条第1項第2号の規定に基づき、救護施設（定員111名以上の場合。以下同じ。）に配置されている医師

(6) 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和23年厚生省令第63号）第21条第1項又は第73条第1項の規定に基づき、乳児院（定員100名以上の場合。以下同じ。）又は情緒障害児短期治療施設に配置されている医師

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

保険医	診療報酬
・配置医師（全施設共通。）	・退院前訪問指導料 ・特定疾患療養管理料 ・生活習慣病管理料 ・在宅自己注射指導管理料 ・在宅小児低血糖症患者指導管理料 ・在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 ・在宅自己腹膜灌流指導管理料 ・在宅酸素療法指導管理料 ・在宅中心静脈栄養法指導管理料 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 ・在宅小児経管栄養法指導管理料 ・在宅自己導尿指導管理料 ・在宅血液透析指導管理料 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 ・在宅人工呼吸指導管理料 ・在宅悪性腫瘍患者指導管理料 ・在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 ・在宅寝たきり患者処置指導管理料 ・在宅自己疼痛管理指導管理料 ・在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 ・在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 ・在宅肺高血圧症患者指導管理料 ・在宅気管切開患者指導管理料 ・在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 ・在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料 ・在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
・指定障害者支援施設の配置医師	・小児科療養指導料
・情緒障害児短期治療施設の配	・通院・在宅精神療法

置医師	・心身医学療法 ・通院集団精神療法 ・精神科作業療法 ・精神科ショート・ケア ・精神科デイ・ケア ・精神科ナイト・ケア ・精神科デイ・ナイト・ケア
・乳児院又は情緒障害児短期治療施設の配置医師	・小児特定疾患カウンセリング料

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

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

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

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

ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合。

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

れたものに限る。)

- ・在宅時医学総合管理料
- ・特定施設入居時等医学総合管理料

ただし、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特定施設入居時等医学総合管理料を算定することができる。なお、当該患者について、介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算及び看取り加算は算定できない。

ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合

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

- ・在宅がん医療総合診療料
- ・在宅患者訪問看護・指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。ただし、当該患者について、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算は算定できない。）
- ・同一建物居住者訪問看護・指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。ただし、当該患者について、看取り介護加算を算定している場合には、同一建物居住者ターミナルケア加算は算定できない。）
- ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- ・訪問看護指示料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・介護職員喀痰吸引等指示料（特別養護老人ホームの入所者を除く。）
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・在宅患者緊急時等共同指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・在宅患者訪問栄養食事指導料
- ・在宅患者連携指導料
- ・在宅患者緊急時等カンファレンス料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・精神科訪問看護・指導料（精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)を除く。）（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を除く。)

- ・精神科訪問看護指示料（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を除く。）
- ・訪問看護療養費（精神科訪問看護基本療養費、在宅患者連携指導加算及び訪問看護情報提供療養費を除く。）（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。ただし、当該患者について、看取り介護加算を算定している場合には、訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。）
- ・訪問看護療養費（精神科訪問看護基本療養費（精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)を除く。）に限る。）（精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)については、特別養護老人ホームの入所者であって、一時的に頻回の訪問看護が必要なもの及び末期の悪性腫瘍等であるものを除く。）
- ・訪問看護療養費（在宅患者連携指導加算及び訪問看護情報提供療養費に限る。）

5 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。

6 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、**⑤**又は（施）の表示をすること。また、特別養護老人ホームに入所中の患者に対して、往診して通院・在宅精神療法又は認知療法・認知行動療法に係る精神療法を行った場合には、当該精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。

7 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。

別紙様式

特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について

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

[記載上の注意]

- 1 施設の種別欄には、次のいずれか該当するものを記入すること。
養護老人ホーム（定員111名以上）、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、救護施設（定員111名以上）、知的障害者入所更正施設（定員150名以上）、知的障害者入所授産施設（定員150名以上）、乳児院（定員100名以上）、情緒障害児短期治療施設
- 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。

保医発0330第10号
平成24年3月30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

厚生労働省保険局医療課長

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

標記については、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第162号）等が公布され、平成24年4月1日から適用されることに伴い、下記の通知の一部を改正することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

記

- ・「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部改正

記以下を別添のとおり改正し、平成24年4月1日から適用する。

第1 厚生労働大臣が定める療養告示について

1 第1号関係について

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

2 第2号関係について

- (1) 療養病棟（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等に係る病棟をいう。以下同じ。）に該当する病棟が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ病室（当該病院にあつては、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
- (2) 病院であって、当該病院の療養病棟（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けることについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、平成30年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、介護保険から行うものとする。
- (3) 病院（指定介護療養型医療施設であるものに限る。）であって、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を除外し、当該病室に入院する者について療養の給付（健康保険法第52条第1項の療養の給付をいう。）を行おうとすることについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、平成30年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。

2 施設基準関係

- (1) 1保険医療機関における介護保険適用の療養病床（以下「介護療養病床」という。）と医療保険適用の療養病床（以下「医療療養病床」という。）で別の看護師等の配置基準を採用できること。
- (2) 1病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合については、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等（医療療養病床の場合は療養病棟入院基本料1又は2、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費）を採用するものとする。このため、1病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るのであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することもできるものであること。なお、医療療養病床に係る届出については、「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成24年3月5日保医発0305第2号）に基づき、療養病棟入院基本料1若しくは2又は有床診療所療養病床入院基本料を届け出るものであること。
- (3) 夜間勤務等の体制については、病棟ごとに届出を行うことが可能であるが、1病棟を医療療養病床と介護療養病床とに分ける場合には、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる夜間勤務等の体制を採用するものとする。

3 入院期間、平均在院日数の考え方について

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

4 介護保険適用病床に入院中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて

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

5 医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費及び特別療養費の算定における留意事項

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

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

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

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

ア 初・再診料

イ 短期滞在手術基本料1

ウ 検査

エ 画像診断

オ 精神科専門療法

カ 処置

キ 手術

ク 麻酔

ケ 放射線治療

コ 病理診断

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

第3 介護調整告示について

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

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

1 同一日算定について

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

2 月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について

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

3 訪問診療に関する留意事項について

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

（2） 要介護被保険者等については在宅患者連携指導料は算定できない。

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

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

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 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、精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)を除き、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、訪問看護療養費にかか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(退院時共同指導加算及び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に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限り。)及び入院中(外泊日を含む。)に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

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

(2) 要介護被保険者等については在宅患者連携指導加算は算定できない。

7 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。

8 リハビリテーションに関する留意事項について

(1) 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、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(リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算又は個別リハビリテーション実施加算を算定していない場合を含む。)又は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(運動器機能向上加算を算定していない場合を含む。)(以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。)に移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

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

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

9 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、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給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)の入所者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行

った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

- (2) グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）入所者については、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、介護保険からの給付が行われないことからこの限りではないこと。

10 人工腎臓等に関する留意事項について

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