



福岡医発第 1462 号 (地)
平成 26 年 8 月 22 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

介護保険との給付調整に関する不適切事例について

認定審査により要介護認定された者について、原則介護報酬として請求すべきところを、医療保険で請求されている事例として、下記の通り福岡県後期高齢者医療広域連合より情報提供がありましたので、ご連絡申し上げます。

つきましては、標記事例につきまして、会員各位へ周知徹底方お願いいたします。

なお、ご参考までに「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」(最終改正：平成 26 年 3 月 28 日付け保医発 0328 号※平成 26 年 4 月版『医科点数表の解釈』より抜粋)をお送りいたします。

記

1. 介護保険との給付調整に関してよくみられる事例について

要介護認定を受けた者への訪問リハビリテーションを医療保険の「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料」で算定している。

※要介護認定を受けた者への訪問リハビリテーションは介護保険(訪問リハビリテーション費)で算定すること。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 廣瀬真恵

通知

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18. 4.28 老老発 0428001・保医発 0428001
(最終改正; 平26. 3.28 保医発 0328 1)

診療報酬の算定方法(平成18年厚生労働省告示第92号。以下「診療報酬点数表」という。)については、本年3月6日に公布され、また平成12年2月10日に公布された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2月厚生省告示第19号)及び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2月厚生省告示第21号)に加え、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)、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)及び指定地域密着型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128号)が、本年3月14日に公布されたところであり、本年4月1日以降の医療保険の診療報酬及び介護保険の介護報酬については、それぞれ上記基準に基づき算定されることとなる。

一方で、健康保険法及び老人保健法において、同一の疾病又は傷害について、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が規定されているところであるが、両保険の給付の調整に関するものとして、厚生労働大臣が定める療養(平成18年厚生労働省告示第142号。以下「厚生労働大臣が定める療養告示」という。)及び要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合(平成18年厚生労働省告示第176号。以下「介護調整告示」という。)が公布されたところである。

これら両保険の給付の調整に関する留意事項及び両保険において相互に関連する事項等については、平成18年4月1日より、上記告示によるもののほか下記によることとするので、遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

なお、「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12年3月31日保険発第55号・老企第56号、老健第80号)は平成18年3月31日限り廃止する。

記

第1 厚生労働大臣が定める療養告示について

1 第1号関係について

- (1) 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の

空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能であり、この場合の当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行うものであること。

- (2) 介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険からの給付は行わないものであること。

2 第2号関係について

- (1) 療養病棟(健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等に係る病棟をいう。以下同じ。)に該当する病棟が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ病室(当該病院にあっては、患者の性別ごとに各1つの合計2つの病室(各病室の病床数が4を超える場合については4病床を上限とする。))を定め、当該病室について地方厚生(支)局長に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。

- (2) 当該届出については、別紙様式1から8までに従い、医療保険からの給付を行う場合の入院基本料の区分のほか、夜間勤務等の体制、療養環境等について記載するものであること。入院基本料の区分については、原則として、介護保険適用病床における療養型介護療養施設サービス費又は診療所型介護療養施設サービス費の算定に係る看護師等の配置基準と同一のものに相当する入院基本料を届け出るものであること。

3 第3号関係について

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

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

- 1 同一の病棟で医療保険適用と介護保険適用の病床を病室単位で混在できる場合

- (1) 療養病棟を2病棟以下しか持たない病院及び診療

所

(2) 病院であって、当該病院の療養病床（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病床の病室数の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、当該病院の療養病床の病室のうち、当該病床の病室数の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床入院基本料1又は2、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費）を採用するものとする。このため、1病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することで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26年3月5日保医発0305第1号）に基づき、療養病床入院基本料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、同病棟に転床した場合は、転床後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、短期滞在手術等基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。

ア 初・再診料

イ 短期滞在手術等基本料1

ウ 検査

エ 画像診断

オ 精神科専門療法

カ 処置

キ 手術

ク 麻酔

ケ 放射線治療

コ 病理診断

(4) 他保険医療機関は、(3)のアからコまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している介護療養型医療施設から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、「入院介護療養型医療施設名」、「受診した理由」、「診療科」及び「⑩⑪（受診日数：〇日）」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、在宅患者共同診療料2及び在宅患者共同診療料3を算定できない。

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

介護保険におけるターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事項について

護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定できない。

5 在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について

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

6 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に関する留意事項について

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

7 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）に関する留意事項について

精神疾患を有する患者であり、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病であって精神科訪問看護指示書が交付された患者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、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）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の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合（退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第2の1の(1)に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）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っては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っては医療保険の特別管理加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については在宅患者連携指導加算は算定できない。

9 訪問リハビリテーションに関する留意事項について

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

合には、6月に1回、14日間に限り算定できる。

10 リハビリテーションに関する留意事項について

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

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

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、指定地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）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 精神科重症患者早期集中支援管理料に関する留意事項について

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、医療保険における精神科重症患者早期集中支援管理料を算定できないものであること。

13 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。

(別紙)

区 分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)		
	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。)	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 定地域密着型特定施設 定介護予防特定施設に限 る。)
初・再診料	※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。)		うち、外部サービ ス型指定特定施設入 居生活介護又は外部サ ービス型指定介護予 防施設入居者生活介 護を受ける者が入居する施設
入院料等		○	
B001の10 入院栄養食事指導料		—	
B001の24 外来緩和ケア管理料		○	
B001の25 移植後患者指導管理料		○	
B001の26 植込型輸液ポンプ持続注入療 法指導管理料		○	
B001の27 糖尿病透析予防指導管理料		○	
B001-2-5 院内トリアージ実施料		○	
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料		○	
B001-2-7 外来リハビリテーション診療料		○	
B001-2-8 外来放射線照射診療料		○	
B004 退院時共同指導料 1		—	
注2 加算		—	
B005 退院時共同指導料 2		—	
B005-1-2 介護支援連携指導料		—	
医B005-2 地域連携診療計画管理料		—	
学B005-3 地域連携診療計画退院時指導料 (I)		—	
管B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料 (II)		—	
理B005-6 がん治療連携計画策定料		○	
等B005-6-2 がん治療連携指導料		○	
B005-7 認知症専門診断管理料 1		○	
B005-7 認知症専門診断管理料 2		○	
B005-7-2 認知症療養指導料		○	
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料		○	
B007 退院前訪問指導料		—	
B008 薬剤管理指導料		—	
B009 診療情報提供料 (I)		○	
注1		○	
注2	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	
注3及び注13	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	

2. 入院中の患者					3. 入所中の患者	
介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合		
×	×	○	×	○	×	○ （入院に係るものを除く。）
○	×	○ （A400の1短期滞在手術等基本料Iに限る。）	○ （A227精神科措置入院診療加算に限る。）	○ （A400の1短期滞在手術等基本料Iに限る。）	—	—
○	×	×	×	×	—	—
—	—	×	—	×	×	○ ※1
—	—	×	—	×	×	○ ※1
—	—	×	—	×	×	○ ※1
—	—	×	—	×	×	○ ※1
—	—	×	—	×	×	○ ※1
—	—	×	—	×	×	○ ※1
—	—	×	—	×	×	○ （配置医師が行う場合を除く。）
—	—	×	—	×	×	○ （配置医師が行う場合を除く。）
○	×	×	×	×	×	×
○	×	×	×	×	×	×
○	×	×	×	×	—	—
○	×	×	×	×	—	—
—	×	×	×	×	×	×
○	×	×	×	×	—	—
—	×	×	×	×	×	○
○ （療養病棟に入院中の者に限る。）	—	○	—	×	×	○
○ （療養病棟に入院中の者に限る。）	—	○	—	×	×	○
○ （療養病棟に入院中の者に限る。）	—	—	—	—	×	○
○	×	×	×	×	×	○
○	×	×	×	×	—	—
○	×	×	×	×	—	—
○	×	×	×	×	×	○
○	○ （短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。）	×	×	×	×	×
○	×	×	×	×	×	○

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。)				
		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
医学 管理等	注4			○		
	注5及び注6			○		
	注7加算及び注8加算			○		
	注9加算			○		
	注10加算(認知症専門医療機関連携加算)			○		
	注11加算(精神科医連携加算)			○		
	注12加算(肝炎インターフェロン治療連携加算)			○		
	B010 診療情報提供料(Ⅱ)			○		
在宅 医療	B014 退院時薬剤情報管理指導料			—		
	上記以外			○		
	C000 往診料			○		
	C012 在宅患者共同診療料1			○		
	C001 在宅患者訪問診療料 C012 在宅患者共同診療料2 C012 在宅患者共同診療料3 (同一建物において同一日に2件以上医 療保険から給付される訪問診療を行うか 否かにより該当する区分を算定)			○		
	C002 在宅時医学総合管理料	○ (養護老人ホーム、軽 費老人ホームA型及び 特別養護老人ホームの 入所者を除く。)	○	○	—	○
	C002-2 特定施設入居時等医学総合管理 料	○ (定員110名以下の養 護老人ホーム及び軽費 老人ホームA型の入所 者並びに特別養護老人 ホームの入所者(末期 の悪性腫瘍のものに限 る。)に限る。)	—	—	○	—
	C003 在宅がん医療総合診療料		○		×	○
	C005 在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指 導料 (同一建物において同一日に2件以上医 療保険から給付される訪問指導を行うか 否かにより該当する区分を算定)			○ ※2		
	在宅ターミナルケア加算及び同一建 物居住者ターミナルケア加算			○ ※2 (同一月において、介護保険のターミナルケア加算又は看取り介護加算を算定していない場合に限る。)		
	在宅移行管理加算			○ ※2 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)		
	その他の加算			○ ※2		
	C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導 料	○	○ ※2		○ ※2	

2. 入院中の患者				3. 入所中の患者		
介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	
	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
○	×	×	×	×	×	×
○	○	×	×	×	×	○
○	×	×	×	×	×	○
○	○	×	×	×	×	○
—	—	—	—	—	×	○
○	×	×	×	×	×	○
○	—	—	—	—	—	—
○	○	×	×	×	×	※1
—	—	—	—	—	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)
—	—	—	—	—	×	※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算・看取り加算は算定できない。)
—	—	—	—	—	×	—
—	—	—	—	—	—	○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
—	—	—	—	—	×	×
—	—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。)
—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
—	—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)

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。)		
	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。)	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、 地域密着型特定施設及び 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
C006 在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料 (同一建物において同一日に2件以上医 療保険から給付される訪問指導を行うか 否かにより該当する区分を算定)	※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。)	×	○
注2			
C007 訪問看護指示料	(急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。)		○
C007-2 介護職員喀痰吸引等指示料			○
C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (同一建物において同一日に2件以上医 療保険から給付される訪問指導を行うか 否かにより該当する区分を算定)		×	○
C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 (同一建物において同一日に2件以上医 療保険から給付される訪問指導を行うか 否かにより該当する区分を算定)		×	○
C010 在宅患者連携指導料		×	○
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料		×	○
C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料		○	○
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料		○	○
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理 材料加算		○	○
検査		○	○
画像診断		○	○
投薬		○	○
注射		○	○
リハビリテーション	(同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以 降は算定不可)	○	○
I002 通院・在宅精神療法 (1 通院精神療法に限る。)		○	○
I002 通院・在宅精神療法 (2 在宅精神療法に限る。)		○	○
I003-2 認知療法・認知行動療法		○	○

2. 入院中の患者					3. 入所中の患者	
介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合		
—	—	—	—	—	×	×
—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—	—	—	—	×	×
—	—	—	—	—	×	×
—	—	—	—	—	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—	—	—	—	×	×
—	—	—	—	—	×	○ ※1
—	—	—	—	—	○	○
○	×	○	×	○	○ ※7	○
○	○ （単純撮影に係るものを除く。）	○	×	○	○	○
○	○ ※3	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○ ※3	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○ ※3	○
○	○ ※4	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○ ※4	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○ ※5	○
○	○ （H005視能訓練及びH006難病患者リハビリテーション料に限る。）	×	×	×	○ ※7	○ （同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は算定不可）
—	—	○	×	×	×	○ ※1
—	—	—	×	×	×	○ （ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）
—	—	○	×	×	×	○ （ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）

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。)			
	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。)
1005 入院集団精神療法			—	
1007 精神科作業療法			○	
1008 入院生活技能訓練療法			—	
1008-2 精神科ショート・ケア 1009 精神科デイ・ケア	○ (認知症対応型通所介護 費又は通所リハビリテ ーション費を算定した日 以外の日は算定可)	○	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型 通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した 場合は算定不可)	
注5			—	
1010 精神科ナイト・ケア 1010-2 精神科デイ・ナイト・ケア	○ (認知症対応型通所介護 費又は通所リハビリテ ーション費を算定した日 以外の日は算定可)	○	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型 通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した 場合は算定不可)	
1011 精神科退院指導料 1011-2 精神科退院前訪問指導料			—	
1012 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及 び(Ⅲ) (同一建物において同一日に2件以上医 療保険から給付される訪問看護を行うか 否かにより該当する区分を算定)			○ ※9	
1012 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	○		—	
1012-2 精神科訪問看護指示料			○	
1015 重度認知症患者デイ・ケア料	○ (認知症対応型通所介 護費又は通所リハビ リテーション費を算 定した日以外の日 は算定可)	○	○ (認知症である老人 であって日常生活自 立度判定基準がラン クMのものに限る。)	○ (重度認知症患者デイ・ケアを 行っている期間内において、認 知症対応型通所介護費又は通所 リハビリテーション費を算定し た場合は算定不可)
1016 精神科重症患者早期集中支援管理 料		○	x	○
上記以外			○	
処置			○	
手術			○	
麻酔			○	
放射線治療			○	
病理診断			○	
B000-4 歯科疾患管理料			○	
B002 歯科特定疾患療養管理料			○	
B004-1-4 入院栄養食事指導料			○	
B004-9 介護支援連携指導料			—	
			—	

(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)

2. 入院中の患者					3. 入所中の患者		
介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	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
	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合			
○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	—	—	—
○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	×	○	×	○	×	—	○
○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	—	—	—
○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	—	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	—	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×	—	○
○	○	—	○	—	—	—	—
—	—	—	—	—	×	—	○
○	○	—	○	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	○ ※9
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	○ ※9
—	—	—	—	—	×	—	○
—	—	—	—	—	×	—	×
○	○	○	○	○	×	—	○ ※1
○	○ ※6	○	×	○	○ ※7	—	○
○	○	○	×	○	○ ※7	—	○
○	○	○	×	○	○ ※7	—	○
○	○	○	×	○	○	—	○
○	×	○	×	○	○	—	○
○	○	○	○	○	○	—	○
○	×	×	×	×	—	—	—
○	×	×	×	×	—	—	—

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。)		
	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。)	認知症対応型グ ループホーム(認 知症対応型共生 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。)
	※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。)		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
B006-3 がん治療連携計画策定料		—	
B006-3-2 がん治療連携指導料		○	
B007 退院前訪問指導料		—	
B008 薬剤管理指導料		—	
B009 診療情報提供料(Ⅰ)(注2及び注6)	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		
B011-4 退院時薬剤情報管理指導料		—	
B014 退院時共同指導料1		—	
B015 退院時共同指導料2		—	
C001 訪問歯科衛生指導料		×	
C001-3 歯科疾患在宅療養管理料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		
C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料		×	
C007 在宅患者連携指導料		×	
C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料		○	
上記以外		○	
10 薬剤服用歴管理指導料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)		
13 長期投薬情報提供料		○	
14の2 外来服薬支援料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料		×	
15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		○	
15の3 在宅患者緊急時等共同指導料	(同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		
15の4 退院時共同指導料		—	
15の5 服薬情報等提供料	(同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		
上記以外		○	
01 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ) (注加算を含む。)	(同一建物において同一日に2件以上医療保 険から給付される訪問看護を行うか否かによ り該当する区分を算定)		
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)		
01-2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)(注 加算を含む。)	○	—	—
01-3 訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科 訪問看護基本療養費(Ⅳ)		—	

2. 入院中の患者				3. 入所中の患者	
介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
○	×		×	—	—
—	×		×	×	○
○	×		×	—	—
○	×		×	—	—
○	○		○	○	○
○	—		—	—	—
○	×		×	×	×
○	×		×	—	—
○	○		○	○	○
○	○		○	○	○
—	×		×	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—		—	×	×
—	—		—	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
○	○		○	○	○
—	—		—	—	○
—	—		—	—	○
—	×		×	×	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—		—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—		—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
○	×		×	×	×
—	—		—	—	○
—	—		—	—	○
—	—		—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—		—	—	○ ※9
—	—		—	—	—
○	○		○	—	—

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。)		
	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。)	認知症対応型グ ループホーム(認 知症対応型共生 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、特 定地域密着型特定施設及び特 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
02 訪問看護管理療養費	※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。)	○	○
24時間対応体制加算		○	○
24時間連絡体制加算		○	○
特別管理加算		○	○
退院時共同指導加算		○	○
退院支援指導加算		○	○
在宅患者連携指導加算		×	×
在宅患者緊急時等カンファレンス加算		○	○
03 訪問看護情報提供療養費		○	○
05 訪問看護ターミナルケア療養費	※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者 (同一月において、介護保険によるターミナルケア加算を算定していない場合に限る。)	○	○

2. 入院中の患者				3. 入所中の患者	
介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア. 介護老人保健施設 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		併設保険医療機関以外の保険医療機関
	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	
—	—	—	—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—	—	—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—	—	—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—	—	—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—	—	—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—	—	—	—	×
—	—	—	—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
—	—	—	—	—	×
—	—	—	—	—	○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。）

- ※1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。
- ※2 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。
- ※3 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
- ・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
 - ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
 - ・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）
- ※4 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
- ・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
 - ・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
 - ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
 - ・インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
 - ・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
 - ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
- ※5 次に掲げる費用に限る。
- ・外来化学療法加算
 - ・静脈内注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・動脈注射（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・抗悪性腫瘍剤局所持続注入（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・点滴注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・中心静脈注射（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・植込型カテーテルによる中心静脈注射（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
 - ・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
 - ・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
 - ・抗悪性腫瘍剤（外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。）の費用
 - ・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
 - ・インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
 - ・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
 - ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用
- ※6 創傷処置（手術日から起算して14日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、排便、酸素吸入、酸素 Tent、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。
- ※7 検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ、特掲診療料の施設基準（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第12の第1号、第2号、第3号、第4号又は第5号に掲げるものを除く。
- ※8 死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。）に限る。
- ※9 認知症でない患者に限る。（ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者にあってはこの限りではない。）