

目次

序

医療保険と介護保険

- 1 医療保険と介護保険 役割としくみ……………4
- 2 医療保険と介護保険の比較……………6
- 3 介護保険 さまざまなサービスとケアマネジメン
ト……………8
- 4 医療保険 診療報酬 点数表による費用の算定
……………10
- 5 給付調整 医療と介護の役割分担……………12

I

給付調整一覧

- 1 在宅（グループホーム、特定施設等を含む）の要
介護者等に関する医療保険との給付調整……………14
- 2(1) 医療保険適用病床に入院中の要介護者等に関す
る医療保険との給付調整……………22
- 2(2) 介護療養型医療施設に入院中（短期入所を含
む）の要介護者等に関する医療保険との給付調整
……………24
- 3(1) 介護医療院に入所中（短期入所を含む）の要介
護者等に関する医療保険との給付調整……………25
- 3(2) 介護老人保健施設に入所中（短期入所を含む）
の要介護者等に関する医療保険との給付調整……………30
- 3(3) 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）に入
所中（短期入所を含む）の要介護者等に関する医
療保険との給付調整……………34

II

給付調整のポイント

- 1 訪問看護 介護と医療の使い分け……………40
 - (1) 医療保険・介護保険の双方から給付……………40
 - (2) 医療保険・介護保険の訪問看護の相違点……………41
 - (3) 訪問看護における「在宅」……………43
- 2 リハビリテーション 医療から介護への移行……………44
 - (1) リハビリテーションの流れとポイントとなる
「移行」……………44
 - (2) 医療保険におけるリハビリテーション……………46
 - (3) 疾患別リハビリテーション料……………47
 - (4) 要介護被保険者等に対する疾患別リハビリテ
ーション料の算定……………48
 - (5) 移行にあたっての診療報酬算定上の取扱い
……………49
 - (6) 移行に向けての診療報酬上の配慮……………50
 - (7) 介護報酬におけるリハビリテーションの評価
……………51
 - (8) 介護保険内でのさらなる移行の取組み……………53
- 3 介護保険施設の入所者への医療の提供……………54
 - (1) 介護保険施設の種別による給付調整の相違
……………54
 - (2) 介護老人福祉施設の入所者に対する医療……………55
 - (3) 介護老人保健施設の入所者に対する医療……………59
 - (4) 介護医療院の入所者に対する医療……………65

III

相互に関連する規定総覧

- 1 医科診療報酬点数表（抄）……………71
- 2 関係告示・通知……………185
- 3 疑義解釈……………237

付 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨
時的な取扱いについて（給付調整関係）……………261

1 医療保険と介護保険 役割としくみ

医療と介護は、両者あいまって高齢者のQOLの維持・向上に重要な役割を担っています。高齢で病を抱え、生活に不便を感じている人に対し、さまざまな専門職種が向き合い、その職能を発揮することにより、個人としての尊厳を保持しつつ、可能な限り自立した日常生活が保たれます。

●社会保険方式で医療・介護を国民に保障

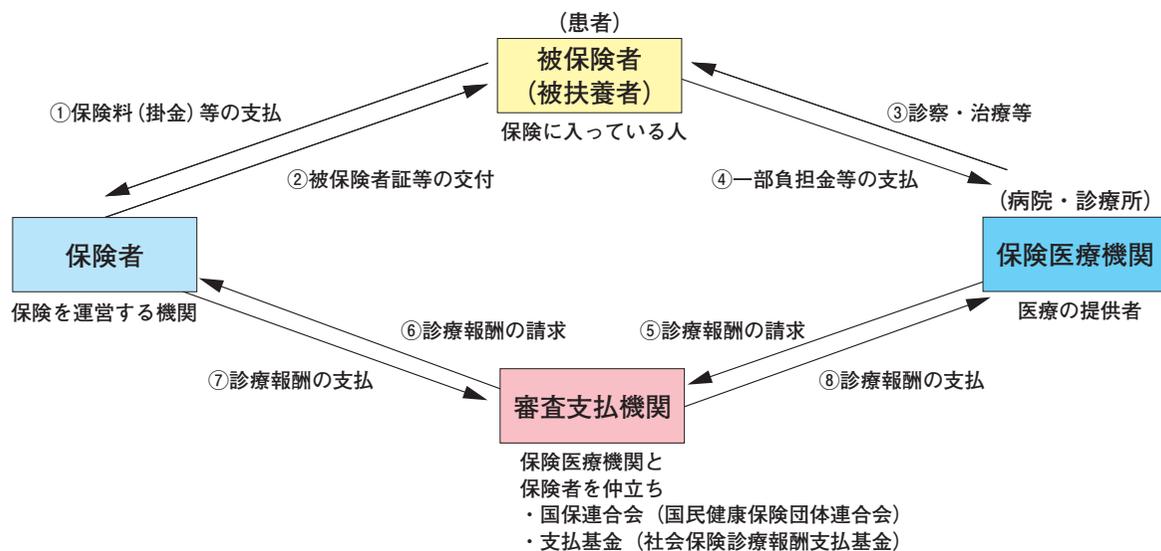
医療や介護を個人的に賄おうとすると、膨大な費用がかかり、ごく一部の富裕層しかその恩恵を受けられません。そこでわが国では、社会保険というしくみを活用して、広く国民が医療や介護を享受できる途を講じました。

ふだんから人々が、所得に応じ保険料をお互いに出し合い（応能負担による拠出）、いざ医療や介護が必要になった（リスクの顕在化＝保険事故の発生）ときは、集めていた保険料から医療や介護にかかった費用を払う（保険給付）ことにすれば、経済的な心配を最小限に抑えて医療や介護を受けることができます。

このような社会保険のしくみは、個人個人の生活の安定に役立つとともに、社会全体にとっても福祉の向上・増進に寄与することになります。社会保険方式によって、医療資源や介護資源は公共財となり、全国民に行き渡ることになります。

こうした観点から、医療保険や介護保険の制度が整えられていきました。

◆医療保険の基本的なしくみ



●医療と介護の境目

制度の沿革をみていく（→6頁，8頁）と、介護保険は、医療保険がカバーしていたサービスの一部を受け継ぐ形で生まれました。つまり、医療保険と介護保険には境目があるということになります。

たとえば、訪問看護やリハビリテーションは、介護保険制度が始まるまではもっぱら医療保険で提供されていましたが、介護保険でも提供することになりました。

このため、どのような場合にどちらから提供（給付）を行うかということをあらかじめ決めておくことが必要となり、給付調整の規定が定められました。

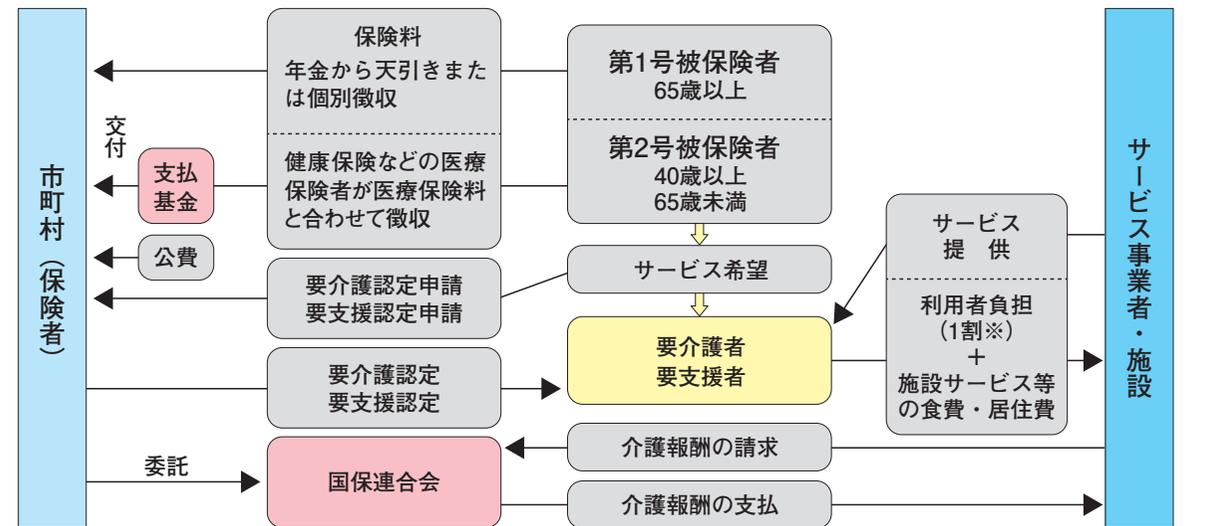
●医療と介護の連携

医療保険と介護保険の関係は、上述のとおり境界線をしっかりと定める方向のほかにも、もうひとつ、両者の連携を図る方向のものがああります。

とくに近年、「地域包括ケアシステム」の構築・深化が課題となっています。ここでは「住まい」や「生活支援」とともに、「医療」「介護」「介護予防」が柱となり、高齢者ができる限り住み慣れた地域で、尊厳を持って自分らしい生活を継続できるしくみの確立が求められています。

これを受けて、医療保険と介護保険の連携を促進するための規定が双方に設けられています。一例としては、リハビリテーションの医療から介護への移行にあたり、移行がスムーズに行われるためのしくみの整備が挙げられます。

◆介護保険の基本的なしくみ



※一定以上所得者は2割，現役並み所得者は3割

2 医療保険と介護保険の比較

介護保険は平成12年（2000年）に始まった制度で、わが国の社会保険のなかではもっとも新しい制度です。逆に医療保険はもっとも歴史が古く、健康保険法の施行は昭和2年（1927年）までさかのぼります。

◆医療保険と介護保険

	医療保険			介護保険
	後期高齢者医療	国民健康保険	被用者保険	
		市町村国保 国民健康保険組合 (以下は市町村国保について説明)	健康保険 船員保険 公務員共済 私学共済 (以下は健康保険について説明)	
根拠法	高齢者の医療の確保に関する法律	国民健康保険法	健康保険法	介護保険法
保険者 保険の運営主体	都道府県単位で設立された広域連合	市町村(特別区を含む)及び都道府県	全国健康保険協会(協会けんぽ)健康保険組合	市町村(特別区を含む。以下同じ)
被保険者 保険に加入し、保険料を支払う人	75歳以上の住民及び65歳以上で一定の障害の状態にある人	75歳未満で、被用者保険に加入していない住民	75歳未満で、健康保険が適用される企業・団体に勤務する人 被保険者の扶養家族のうち、一定範囲は被扶養者として加入(保険料負担なし)	65歳以上の住民【第1号被保険者】 40歳以上65歳未満の医療保険加入者【第2号被保険者】 ※40歳未満の人は介護保険に加入しない
	全国民が何らかの医療保険に加入＝国民皆保険			介護保険は40歳以上が加入
受給者 保険給付を受けられる人	被保険者	被保険者	被保険者及び被扶養者(法形式上は被保険者)	被保険者のうち、市町村が行う要介護認定・要支援認定により、要介護者・要支援者と認定された人
保険給付 (主なもの)	①ア 療養の給付 イ 保険外併用療養費※1 ウ 訪問看護療養費			① 各種のサービス(→8,9頁)
受給者の負担割合	原則 1割 一定以上所得者 2割※2 現役並み所得者 3割	0歳～義務教育就学前 2割 義務教育就学後～70歳未満 3割 70歳以上 所得により 2割又は3割	健康保険の被扶養者についても実質的に同様の給付(法律上の名称は家族療養費/①ウは家族訪問看護療養費)	原則 1割 一定以上所得者 2割 現役並み所得者 3割 (ケアマネジメントは所得区分にかかわらず利用者負担なし)
	② 入院時食事療養費/入院時生活療養費			② 施設サービスや短期入所生活介護・短期入所療養介護における食費・居住費(滞在費)の補填【補足給付】
	③ 療養費			③ア 特定福祉用具の購入費 ③イ 住宅改修費
	④ 高額療養費			④ 高額介護サービス費/高額介護予防サービス費
	両者の①にかかる自己負担額を合算し、年間の負担限度額の超過分を払い戻し			
	⑤ 高額介護合算療養費			⑤ 高額医療合算介護サービス費/高額医療合算介護予防サービス費

介護保険制度の設計にあたっては、すでに定着していた医療保険、そのなかでも国民健康保険のしくみが参考となりました。これらを比較することで、それぞれの特徴がみえてきます。

	医療保険			介護保険
	後期高齢者医療	国民健康保険	被用者保険	
医療やサービスの提供主体	保険医療機関として指定を受けた病院及び診療所 保険薬局として指定を受けた調剤薬局 指定訪問看護事業者として指定を受けた訪問看護ステーション			都道府県又は市町村から指定※を受けた事業者・施設 ※介護老人保健施設と介護医療院については、開設許可
指定権者	厚生労働大臣(地方厚生局長へ委任)			下記以外＝都道府県知事 地域密着型サービス、居宅介護支援、介護予防支援を行う事業者＝市町村長
医療やサービスの提供に際しての基準(省令)	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(療担基準＝告示)	保険医療機関及び保険医療養担当規則(療担規則) 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(薬担規則)		基準省令 指定基準(開設許可基準) 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、計10本の省令
報酬算定の基準(告示)	診療報酬 診療報酬の算定方法 別表第一 医科診療報酬点数表 別表第二 歯科診療報酬点数表 別表第三 調剤報酬点数表 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 (関係告示) 主なもの 基本診療料の施設基準等 特掲診療料の施設基準等 薬価基準 材料価格基準 訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等			介護報酬 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(算定基準) 別表 指定居宅サービス介護給付費単位数表 等、計7本の告示 (関係告示) 主なもの 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等 厚生労働大臣が定める基準 厚生労働大臣が定める施設基準
報酬算定の特徴	<ul style="list-style-type: none"> どの医療保険に加入していても、診療報酬は共通 報酬を「点数」で表示※3 算定点数×10円で算定額がきまる すなわち、1点の単価は10円で固定(全国共通) 			<ul style="list-style-type: none"> 同じサービスでも要介護者と要支援者で報酬体系が相違(異なる算定基準＝単位数表を使用) 報酬を「単位数」で表示 算定単位数×地域区分別の1単位の単価で算定額がきまる 1単位の単価は10円(その他の地域)を基本とし、1級地～7級地では級地区分に依りて割増。割増率はサービスにより異なる(最大で1級地11.40円＝14%増)。一律10円のサービスもある

※1 保険外併用療養費＝先進医療やいわゆる差額ベッド等、患者の全額自費負担(特別料金)が発生する医療を受けた場合に、通常の療養の給付と共通する部分について行われる給付。給付範囲や患者の一部負担については、療養の給付と同様。
 ※2 令和4年10月から、従前は1割負担に該当していた受給者のうち、一定以上の所得がある人について、負担割合を2割に上げる。
 ※3 訪問看護療養費は、円単位(実額)で算定額が規定されている。

I 給付調整一覧

- 1 在宅（グループホーム、特定施設等を含む）の要介護者等…14
- 2(1) 医療保険適用病床に入院中の要介護者等…22
- 2(2) 介護療養型医療施設に入院中（短期入所を含む）の要介護者等…24
- 3(1) 介護医療院に入所中（短期入所を含む）の要介護者等…25
- 3(2) 介護老人保健施設に入所中（短期入所を含む）の要介護者等…30
- 3(3) 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）に入所中（短期入所を含む）の要介護者等…34

凡 例

1. 本章は、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」〔調整通知〕中の別紙1及び別紙2を1在宅・2入院・3入所に別々に再構成し、実務的にわかりやすく提示することを目指して編集しました。
2. 〔調整通知〕は、告示「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」〔調整告示〕の内容をまとめた上で補足を加えていますが、本章では必要に応じ〔調整告示〕の該当箇所を表記することにより、規定の根拠を示しています。
3. 介護老人保健施設や特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）に係る給付調整については、〔調整告示〕や〔調整通知〕以外にも参照すべき規定が各所に分散している現状があります。本章ではこれらをも表の中に記載することにより、複雑な規定を一目でわかるよう配慮しました。

本章に関する告示・通知

（全体）

〔調整告示〕「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20厚生労働省告示第128号 最終改正 令4厚生労働省告示第88号）

〔訪問看護ステーション基準告示〕「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18厚生労働省告示第103号 最終改正 令4厚生労働省告示第60号）

〔調整通知〕「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老老発0428001・保医発0428001 最終改正 令4老老発0325第1号・保医発0325第2号）

3(2) 介護老人保健施設

〔揭示事項等告示〕「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」（平18厚生労働省告示第107号 最終改正 令4厚生労働省告示第263号）

〔特掲施設基準告示〕「特掲診療料の施設基準等」（平20厚生労働省告示第63号 最終改正 令4厚生労働省告示第271号）

3(3) 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

〔特別養護老人ホーム等通知〕「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18保医発0331002 最終改正 令4保医発0325第3号）

1 在宅（グループホーム、特定施設等を含む）の要介護者等に関する医療保険との給付調整

区分		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、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、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	
医科診療報酬					
A初・再診料				○	
A入院料等				×	
B医学管理等	B009 診療情報提供料（I）			○	
	注1（紹介先：保険医療機関）			○	
	注2（紹介先：市町村、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者）			○	
	注3（紹介先：保険薬局）				
	注4（紹介先：精神障害者施設）				
	注5（紹介先：介護老人保健施設・介護医療院）				
	注6（紹介先：認知症患者医療センター）				
	注8加算（退院時診療状況添付加算）及び注9加算（ハイリスク妊婦紹介加算）			○	
	注10加算（認知症専門医療機関紹介加算）				
	注11加算（認知症専門医療機関連携加算）				
	注12加算（精神科医連携加算）				
	注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算）				
	注14加算（歯科医療機関連携加算1）			○	
	注15加算（歯科医療機関連携加算2）			○	
	注16加算（地域連携診療計画加算）				
	注17加算（療養情報提供加算）			○	
	注18加算（検査・画像情報提供加算）			○	
	算定要件を満たし得ないもの（入院関係）				—
上記以外				○	
C在宅医療	C000 往診料			○	
	C001 在宅患者訪問診療料（I） （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）	○	○	○	
	C001-2 在宅患者訪問診療料（II）	○	○	○	
	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、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。）	○	—	
	C002-2 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、軽費老人ホームA型、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者に限る。）	—	○	
	C003 在宅がん医療総合診療料	○	○	○	×
C004 救急搬送診療料				○	

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。

B001の10、B004、B005、B005-1-2、B007、B008、B014、B015

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（医師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。（調整告示別表第二・第二号、第三号）

当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は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（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。

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おいては、利用開始後30日までの間に限る。）。

令和2年度診療報酬改定 厚生労働省資料より（一部改変）

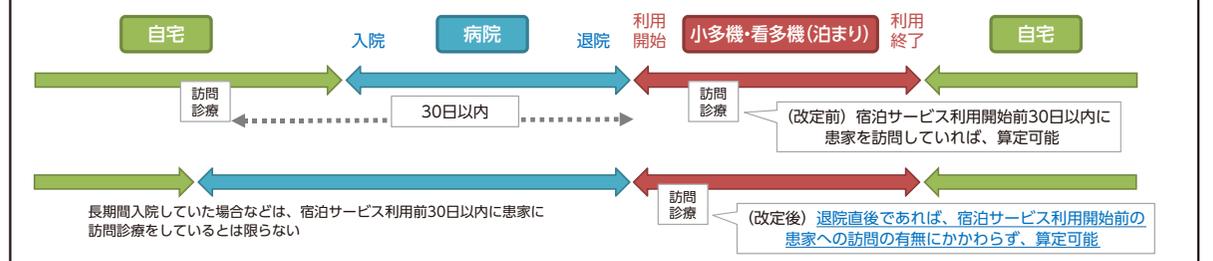
小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

宿泊サービス利用中の訪問診療の要件見直し

➤ 退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

※在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料についても同様

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問診療料等】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料等^{※1}を算定した保険医療機関の医師が診察した場合に算定可能。^{※2} <p>※1 在宅患者訪問診療料（I）・（II）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料 ※2 末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。</p>	<p>【在宅患者訪問診療料等】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料等^{※1}を算定した保険医療機関の医師が診察した場合に算定可能。^{※2} 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、退院日を除き算定可能。^{※2} <p>※1 在宅患者訪問診療料（I）・（II）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料 ※2 末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。</p>



2(2)介護療養型医療施設に入院中（短期入所を含む）の要介護者等に関する医療保険との給付調整

区分	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	
	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
医科診療報酬				
A初・再診料	×	○	×	○
A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の32 一般不妊治療管理料				
B001の33 生殖補助医療管理料		×		
B001の34 ハ 二次性骨折予防継続管理料3	—	×		
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				
B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料				
B004 退院時共同指導料1				
B005 退院時共同指導料2				
B005-1-2 介護支援等連携指導料		×		×
B005-6 がん治療連携計画策定料				×
B005-6-2 がん治療連携指導料				
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料				
B005-7 認知症専門診断管理料	×	○		×
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		×		×
B005-12 こころの連携指導料（Ⅰ）	—	×		×
B005-13 こころの連携指導料（Ⅱ）				×
B007 退院前訪問指導料				
B007-2 退院後訪問指導料		×		×
B008 薬剤管理指導料				×
B008-2 薬剤総合評価調整管理料				
B009 診療情報提供料（Ⅰ）				
注1（紹介先：保険医療機関）		×		×
注2（紹介先：市町村、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者）	○	×		×
注3（紹介先：保険薬局）		×		×
注4（紹介先：精神障害者施設）		×		×
注5（紹介先：介護老人保健施設・介護医療院）	○	×		×
注6（紹介先：認知症患者医療センター）				×
注8加算（退院時診療状況添付加算）及び注9加算（ハイリスク妊婦紹介加算）		×		×
注10加算（認知症専門医療機関紹介加算）	○	×		×
注11加算（認知症専門医療機関連携加算）				×
注12加算（精神科医連携加算）		×		×
注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算）				×
注14加算（歯科医療機関連携加算1）		×		×
注15加算（歯科医療機関連携加算2）		×		×
注16加算（地域連携診療計画加算）		×		×
注17加算（療養情報提供加算）				×
注18加算（検査・画像情報提供加算）		×		×

・26頁に続く

3(1)介護医療院に入所中（短期入所を含む）の要介護者等に関する医療保険との給付調整

区分	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
医科診療報酬				
A初・再診料	×	○		○
A入院料等	×			○
B001の1 ウイルス疾患指導料				
B001の2 特定薬剤治療管理料				
B001の3 悪性腫瘍特異物質治療管理料			○	
B001の6 てんかん指導料				
B001の7 難病外来指導管理料				
B001の8 皮膚科特定疾患指導管理料				
B001の9 外来栄養食事指導料			○	
B001の11 集団栄養食事指導料				
B001の12 心臓ペースメーカー指導管理料				
B001の14 高度難聴指導管理料			○	
B001の15 慢性維持透析患者外来医学管理料				
B001の16 喘息治療管理料				
B001の20 糖尿病合併症管理料	×			○
B001の22 がん性疼痛緩和指導管理料				
B001の23 がん患者指導管理料				
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の32 一般不妊治療管理料				
B001の33 生殖補助医療管理料			○	
B001の34 ハ 二次性骨折予防継続管理料3				
B001の35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料				
B001の36 下肢創傷処置管理料	×			○
B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料				
B001-2-5 院内トリアージ実施料（特例→巻末）	×	○	×	○
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料				
B001-2-8 外来放射線照射診療料				○
B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料				
B001-3 生活習慣病管理料（注3）				○
B001-3-2 ニコチン依存症管理料	×			○
B001-7 リンパ浮腫指導管理料（注2の場合に限る。）	○			○
B005-6 がん治療連携計画策定料				
B005-6-2 がん治療連携指導料				
B005-6-3 がん治療連携管理料			○	
B005-7 認知症専門診断管理料				
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料				
B009 診療情報提供料（Ⅰ）				
注1（紹介先：保険医療機関）				○
注2（紹介先：市町村、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者）				
注3（紹介先：保険薬局）			×	
注4（紹介先：精神障害者施設）				
注5（紹介先：介護老人保健施設・介護医療院）				
注6（紹介先：認知症患者医療センター）				○
注8加算（退院時診療状況添付加算）				○
注9加算（ハイリスク妊婦紹介加算）				×
注10加算（認知症専門医療機関紹介加算）				
注11加算（認知症専門医療機関連携加算）				
注12加算（精神科医連携加算）				○
注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算）				
注14加算（歯科医療機関連携加算1）				○
注15加算（歯科医療機関連携加算2）				
注16加算（地域連携診療計画加算）			×	
注17加算（療養情報提供加算）				
注18加算（検査・画像情報提供加算）				○

・27頁に続く

3(2)介護老人保健施設に入所中（短期入所を含む）の要介護者等に関する医療保険との給付調整

併設保険医療機関で算定できる項目（医科点数表告示第3章）

- 緊急時施設治療管理料（介護療養型老人保健施設の併設保険医療機関）
- 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料
- 施設入所者材料料
- その他の診療料（以下の表）

併設保険医療機関以外の保険医療機関で算定できる項目（医科点数表告示第3章）

- 施設入所者共同指導料
- 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料
- 施設入所者材料料
- その他の診療料（以下の表）

区分	ア. 介護老人保健施設の入所者 イ. 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護を介護老人保健施設で受けている利用者 ※介護療養型老人保健施設以外		ア. 介護療養型老人保健施設の入所者 イ. 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護を介護療養型老人保健施設で受けている利用者	
	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	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
医科診療報酬				
A初・再診料	×	○	×	○
A入院料等	×	—	×	—
B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料の1のイ又は2のイ（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）	○	○	○	○
B004 退院時共同指導料1	×	×	×	×
B009 診療情報提供料（Ⅰ）	入院に係るものを除く。 [調整告示別表第一・第六号・二イ]			
注1（紹介先：保険医療機関）	×		×	
注2（紹介先：市町村、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者）	×		×	
注3（紹介先：保険薬局）	×		×	
注4（紹介先：介護老人保健施設）	×	○	×	○
精神障害者である老健施設入所者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合				
注5（紹介先：介護老人保健施設・介護医療院）	×		×	
注6（紹介先：認知症疾患医療センター）	×		×	
注8加算（退院時診療状況添付加算）	×		×	
注9加算（ハイリスク妊婦紹介加算）	×		×	
注10加算（認知症専門医療機関紹介加算）	×		×	
注11加算（認知症専門医療機関連携加算）				
注12加算（精神科医連携加算）				
注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算）	×		×	
注14加算（歯科医療機関連携加算1）				
注15加算（歯科医療機関連携加算2）				
注16加算（地域連携診療計画加算）	×		×	
注17加算（療養情報提供加算）	×		×	
注18加算（検査・画像情報提供加算）	×		×	
B010 診療情報提供料（Ⅱ）	×	×	×	×
上記以外（特例→巻末）	×		×	
C000 往診料	×	○	×	○
C300 特定保険医療材料	施設入所者材料料として算定 [医科点数表告示第3章・3のイ]			
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	施設入所者材料料として算定 [医科点数表告示第3章・3のロ]			
上記以外	×		×	
[特掲施設基準告示・別表第十二・第一号]				
D検査	介護療養型老人保健施設に保険医療機関の保険医が赴いて行う次のものは算定可 ①D007の36 血液ガス分析 ②①に係るD026の4 生化学的検査（Ⅰ）判断料 ③①に係るD419の3 動脈血採取			

〔在宅医療・検査についての新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い→巻末〕

区分	ア. 介護老人保健施設の入所者 イ. 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護を介護老人保健施設で受けている利用者 ※介護療養型老人保健施設以外		ア. 介護療養型老人保健施設の入所者 イ. 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護を介護療養型老人保健施設で受けている利用者	
	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	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
D検査	×		×	
D208 心電図検査 D209 負荷心電図検査	心電図検査の注又は負荷心電図検査の注1に規定する加算（※）であって、介護療養型老人保健施設に保険医療機関の保険医が赴いて行う診療に係るものは算定可 ※他医療機関で描写した（負荷）心電図について診断を行った場合に70点を算定するという規定			
D286 肝及び腎のクリアランステスト D287 内分泌負荷試験 D288 糖負荷試験	×		×	
上記を準用して点数の算定される特殊な検査	×		×	
上記以外	○		○	
E画像診断	○		○	
F投薬	次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。〔特掲施設基準告示・第十六・第二号〕 ・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。） ・H I F - P H阻害剤（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H I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）			
G注射	次のいずれかを算定するものに限る。 ・外来腫瘍化学療法診療料の1のイ又は2のイ ・外来化学療法加算			
通則6 外来化学療法加算	○		○	
G001 静脈内注射	○		○	
G002 動脈注射	○		○	
G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入	○		○	
G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	○		○	
G004 点滴注射	○		○	
G005 中心静脈注射	○		○	
G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射	○		○	
注射薬の費用	次に掲げる費用に限る。 ・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。） ・エポエチンベータベゴル（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。） ・H I F - P H阻害剤（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対して投与された場合に限る。） ・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 ・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H I V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			
上記以外	×		×	

3(3)特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）に入所中（短期入所を含む）の要介護者等に関する医療保険との給付調整

区分	ア. 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設	イ. 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護を受けている利用者
医科診療報酬		
A初・再診料		○
A入院料等		—
B000 特定疾患療養管理料		○
B001の9 外来栄養食事指導料 B001の11 集団栄養食事指導料 B001の13 在宅療養指導料		×
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		○
B001-2-9 地域包括診療料 B001-2-10 認知症地域包括診療料 B001-3 生活習慣病管理料 B007 退院前訪問指導料		○
B004 退院時共同指導料1		×
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 B007-2 退院後訪問指導料 B008-2 薬剤総合評価調整管理料		○
B009 診療情報提供料（Ⅰ）		
注1（紹介先：保険医療機関）		○
注2（紹介先：市町村、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者）		—
注3（紹介先：保険薬局）		○
注4（紹介先：精神障害者施設）		—
注5（紹介先：介護老人保健施設・介護医療院）及び注6（紹介先：認知症疾患医療センター） 注8加算（退院時診療状況添付加算）及び注9加算（ハイリスク妊婦紹介加算） 注10加算（認知症専門医療機関紹介加算） 注11加算（認知症専門医療機関連携加算） 注12加算（精神科医連携加算） 注13加算（肝炎インターフェロン治療連携加算） 注14加算（歯科医療機関連携加算1） 注15加算（歯科医療機関連携加算2） 注16加算（地域連携診療計画加算） 注17加算（療養情報提供加算） 注18加算（検査・画像情報提供加算）		○
算定要件を満たし得ないもの（B001の10、B005、B005-1-2、B005-6、B007、B008）		—
上記以外		○
C000 往診料		○
C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） （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）	○	○
C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）		
C002 在宅時医学総合管理料		—
C002-2 施設入居時等医学総合管理料	○	○
C003 在宅がん医療総合診療料		—
C004 救急搬送診療料		○
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）	○	○
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	○	○
在宅移行管理加算	○	○
看護・介護職員連携強化加算		—
その他の加算	○	○

配置医師が行う場合を除く。〔特別養護老人ホーム等通知3〕

配置医師が行う場合を除く。〔特別養護老人ホーム等通知2〕

〔特別養護老人ホーム等通知4〕

配置医師が行う場合を除く。〔調整通知別紙1〕

配置医師が行う場合を除く。〔特別養護老人ホーム等通知2〕

〔特別養護老人ホーム等通知4〕

配置医師が行う場合を除く。〔調整通知別紙1〕

配置医師が行う場合を除く。〔調整通知別紙1〕

入所者が①②のいずれかに該当する場合に算定可能
①末期の悪性腫瘍の患者
②入所している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（算定できるのは、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院また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）
ただし、C001及びC001-2の注加算である看取り加算については、当該患者に対し介護保険の看取り介護加算のうち、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。
〔特別養護老人ホーム等通知4〕

当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は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（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。
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おいては、利用開始後30日までの間に限る。）。
〔調整通知別紙1※10〕

末期の悪性腫瘍の患者に限る。〔調整通知別紙1〕

当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料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。〔調整通知別紙1※12〕

介護保険の看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナル加算の口又は同一建物居住者ターミナル加算の口を算定する。〔調整通知別紙1〕

2 医療保険・介護保険の訪問看護の相違点

医療保険による訪問看護と介護保険による訪問看護は、制度上の違いがあります。それをよくふまえる必要があります。

訪問看護は主治医との連携が重要ですが、それに加え介護保険では、ケアプラン作成の要となるケアマネジャー（介護支援専門員）※2との関係も重要になります。ケアマネジャーは利用者ごとに月単位で設定された支給限度額の枠内でさまざまな介護サービスを調整・手配します。その一環で、訪問看護については訪問回数や時間といった基本的な内容もきまっていますので、訪問看護事業所は利用者の意向や主治医の指示内容を把握したうえで、ケアマネジャーとも連携を図るようにします。

医療保険の訪問看護については、利用者の状態により、「週3日まで訪問可」か「週4日以降も訪問可」に分かれるなどの取扱いがありますので注意が必要です。

※2 利用者が要支援者であれば、地域包括ケアセンターの担当職員が介護予防支援計画（ケアプラン）を作成し、連携の相手先となります。

◆訪問看護 介護保険・医療保険の適用

	介護保険	医療保険																						
原則	① 要介護者・要支援者（要介護者等）に対する訪問看護	② 要介護者等以外の者に対する訪問看護																						
例外	—	<p>③ 要介護者等に対する訪問看護のうち</p> <p>ア 急性増悪時の訪問看護（訪問看護ステーションの場合は主治医から特別指示書が発行される）</p> <p>イ がん末期、神経難病等（※A）の患者に対する訪問看護</p> <p>ウ 精神科訪問看護（精神科訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護・指導料が算定される訪問看護）</p> <p>※認知症が主傷病である患者は対象とならないが、精神科在宅患者支援管理料を算定する認知症の患者は対象となる</p> <p>エ 入院患者の外泊中に、退院に向けて行われる訪問看護</p> <hr/> <p>※A 次に掲げる疾病等（平27利用者等告示第四号）</p> <table border="0"> <tr> <td>末期の悪性腫瘍</td> <td>多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）</td> </tr> <tr> <td>多発性硬化症</td> <td>プリオン病</td> </tr> <tr> <td>重症筋無力症</td> <td>亜急性硬化性全脳炎</td> </tr> <tr> <td>スモン</td> <td>ライソゾーム病</td> </tr> <tr> <td>筋萎縮性側索硬化症</td> <td>副腎白質ジストロフィー</td> </tr> <tr> <td>脊髄小脳変性症</td> <td>脊髄性筋萎縮症</td> </tr> <tr> <td>ハンチントン病</td> <td>球脊髄性筋萎縮症</td> </tr> <tr> <td>進行性筋ジストロフィー症</td> <td>慢性炎症性脱髄性多発神経炎</td> </tr> <tr> <td>パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）</td> <td>後天性免疫不全症候群</td> </tr> <tr> <td></td> <td>頸髄損傷</td> </tr> <tr> <td></td> <td>人工呼吸器を使用している状態</td> </tr> </table>	末期の悪性腫瘍	多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）	多発性硬化症	プリオン病	重症筋無力症	亜急性硬化性全脳炎	スモン	ライソゾーム病	筋萎縮性側索硬化症	副腎白質ジストロフィー	脊髄小脳変性症	脊髄性筋萎縮症	ハンチントン病	球脊髄性筋萎縮症	進行性筋ジストロフィー症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）	後天性免疫不全症候群		頸髄損傷		人工呼吸器を使用している状態
末期の悪性腫瘍	多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）																							
多発性硬化症	プリオン病																							
重症筋無力症	亜急性硬化性全脳炎																							
スモン	ライソゾーム病																							
筋萎縮性側索硬化症	副腎白質ジストロフィー																							
脊髄小脳変性症	脊髄性筋萎縮症																							
ハンチントン病	球脊髄性筋萎縮症																							
進行性筋ジストロフィー症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎																							
パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）	後天性免疫不全症候群																							
	頸髄損傷																							
	人工呼吸器を使用している状態																							

2 リハビリテーション 医療から介護への移行

- ◎リハビリテーションには、急性期→回復期→維持期・生活期という流れがあり、急性期と回復期は医療保険が、維持期・生活期は介護保険が給付を担当するという制度設計となっています。
- ◎医療保険から介護保険への移行が円滑に行われるように、とくに医療保険（診療報酬）の側にさまざまなしくみが設けられています。

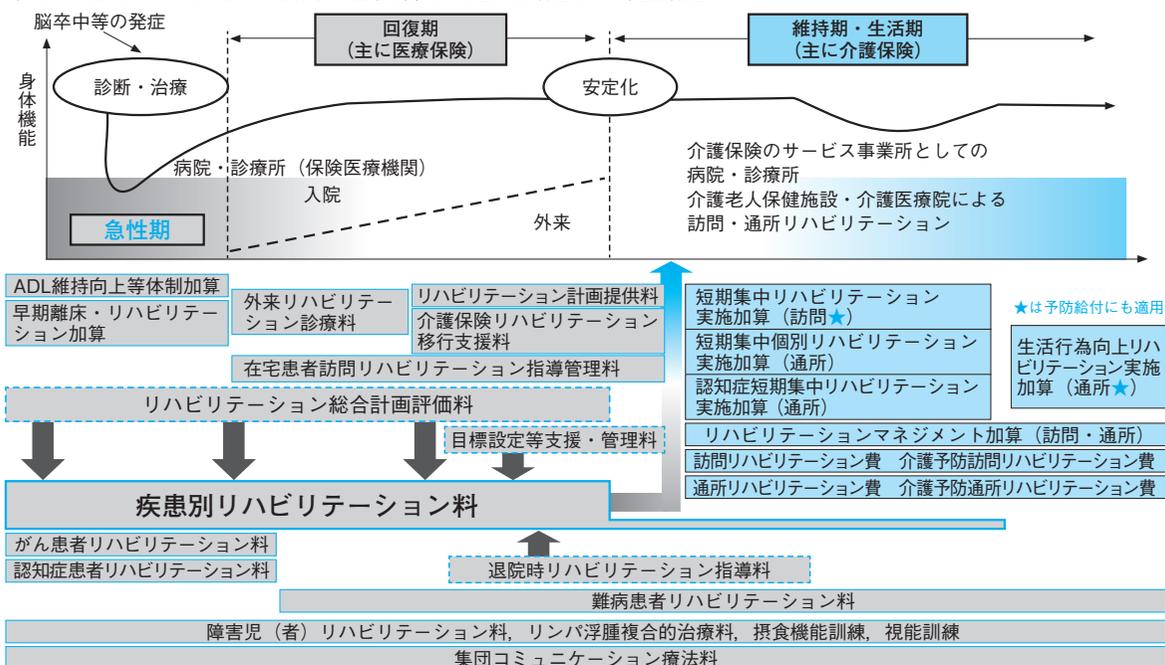
1 リハビリテーションの流れとポイントとなる「移行」

リハビリテーションは、急性期→回復期→維持期・生活期という3つの段階があります。

発症直後からの急性期とそれに続く回復期のリハビリテーションは、傷病の治療と同時に行われることから医療保険が担当し、その後の維持期・生活期のリハビリテーションは生活の中での取組みとなることから介護保険が担当する、という役割分担が図られています。

リハビリテーションにおける医療保険から介護保険への「移行」は、医療と介護の連携がとりわけ重要となる場面といえます。患者や家族も、療養環境の変化に直面して戸惑いがちになったり、傷病や生活のこれからの見通しに不安を感じる時期でもあります。この局面を医療と介護の関係者が連携し、患者・家族にとってよりよい道筋をつけることができれば、その後の介護のある生活も意欲が保持されたものとなり、QOLの維持・向上も期待できます。

◆リハビリテーションの流れと関係する診療報酬・介護報酬



3 介護保険施設の入所者への医療の提供

- ◎介護保険施設には、福祉系の「(地域密着型) 介護老人福祉施設」と医療系の「介護老人保健施設」・「介護医療院」があるほか、令和6年3月まで経過的に存続する「介護療養型医療施設」があります。
- ◎施設で提供される介護保険による医療的サービスの度合いによって、入所者に対する医療保険からの給付の制約のあり方が変わっていきます。

1 介護保険施設の種別による給付調整の相違

要介護者（要支援者は対象外）が入所して介護サービスを受ける介護保険施設は、次の4つの種別があります。

- ①介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設
- ②介護老人保健施設
- ③介護医療院
- ④介護療養型医療施設（令和6年3月まで）

これらの施設の特性に応じて、介護保険から提供される医療が変わってきます。これを反映して、入所者に対してどの程度医療保険からの給付が行われるかも変わってきます。

◆介護保険施設における介護保険と医療保険の給付調整のイメージ

手術・放射線治療 急性増悪時の医療 等			緊急時施設療養費	緊急時施設診療費		
特殊な検査 (例：超音波検査等) 簡単な画像検査 (例：エックス線診断等)	医療保険で 給付				介護保険で 給付	
投薬・注射 検査（例：血液・尿等） 処置（例：創傷処置等）			特別診療費			特定診療費
医学的指導管理						
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設		介護医療院		介護療養型医療施設

※上図はイメージ（例えば、簡単な手術については、介護老人保健施設のサービス費に包括されている）

2 介護老人福祉施設の入所者に対する医療

一般には「特別養護老人ホーム」※1あるいは「特養」といわれる介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設（以下「介護老人福祉施設」と総称）は、医師や看護職員が配置されていることから、入所者に対する医療保険の給付は一定の制約が設けられています。

●配置医師の役割

介護老人福祉施設は、入所者に対し健康管理や療養上の指導を行うための医師の配置が求められています（非常勤で可）。この配置医師の役割は、介護老人福祉施設の指定基準省令とその解釈通知により、次のように示されています。※2

- ①健康管理：看護職員とともに、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ります。
- ②褥瘡対策：介護老人福祉施設は、褥瘡の発生を予防するための体制を整備します。医師は、看護職員、介護職員、管理栄養士等とともに褥瘡対策チームを構成し、褥瘡対策に適切に関与します。
- ③栄養管理：介護老人福祉施設は、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければなりません（令和6年3月までは努力義務）。医師は、管理栄養士等とともに入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、摂食・嚥下機能や食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成します。計画に従い栄養管理を行い、計画の進捗状況の評価や見直しを行います。

●医療関係職種の配置等を介護報酬で評価

基準省令に定められた基準より手厚く医療関係職種を配置している介護老人福祉施設は、介護報酬において加算の形で評価されています。

※1 「特別養護老人ホーム」は老人福祉法にもとづく名称で、昭和38（1963）年の同法の施行以来用いられています。平成12（2000）年の介護保険法の施行により、特別養護老人ホームのうち、同法による指定を受けたものが「指定介護老人福祉施設」として介護サービスを実施します。

以上が制度上の整理ですが、実態的には特別養護老人ホーム＝介護老人福祉施設となっています。

※2 下記①～③のほか、緊急時等の対応として、介護老人福祉施設は、入所者の病状の急変等に備え、施設の配置医師による対応やその他の方法による対応方針を定めておくこととされています。

医療関係職種	主な加算・要件等（配置に係る要件部分を抜粋）
医師	<p>◇常勤医師配置加算（25単位／日） 専ら当該介護老人福祉施設の職務に従事する常勤の医師を1名以上（かつ、常勤換算方法で100:1以上）配置している場合を評価</p> <p>◇精神科医師による療養指導に係る加算（5単位／日） 認知症である入所者が全入所者の3分の1以上を占める介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていることを評価</p>
看護師	<p>◇看護体制加算（4～13単位／日） 常勤の看護師を1名以上配置している場合や、当該施設の看護職員により、又は病院・診療所あるいは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保している場合等を評価</p>
リハビリ専門職	<p>◇個別機能訓練加算（I）（12単位／日） 常勤の機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師）を1名以上配置していること等を評価</p>

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料 500点

注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注4，区分番号H001-2の注4又は区分番号H002の注4の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して，当該患者の同意を得て，医師又は医師の指示を受けた看護師，社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し，当該患者を介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション，同条第8項に規定する通所リハビリテーション，同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に，患者1人につき1回に限り算定する。

B005-7 認知症専門診断管理料

- | | |
|---------------|------|
| 1 認知症専門診断管理料1 | |
| イ 基幹型又は地域型の場合 | 700点 |
| ロ 連携型の場合 | 500点 |
| 2 認知症専門診断管理料2 | |
| イ 基幹型又は地域型の場合 | 300点 |
| ロ 連携型の場合 | 280点 |

注1 認知症専門診断管理料1については，別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が，他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって，入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して，当該患者又はその家族等の同意を得て，認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに，認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し，これらを患者に説明し，文書により提供するとともに，地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に，1人につき1回

面上で共有する際は，患者の同意を得ていること。また，保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には，厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

◇ 介護保険リハビリテーション移行支援料について

- (1) 維持期のリハビリテーション（H001脳血管疾患等リハビリテーション料の「注4」，H001-2廃用症候群リハビリテーション料の「注4」及びH002運動器リハビリテーション料の「注4」に規定するものをいう。）を受けている入院中の患者以外の者に対して，患者の同意を得て，介護保険によるリハビリテーション（「介護保険法」第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション，同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション，同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第8条の2第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）へ移行するため，居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて，介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し，介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で，介護保険によるリハビリテーションを開始し，維持期のリハビリテーションを併用して行うことができる2月間（「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」の第4の10に規定する2月間をいう。）は，当該支援料を算定できない。
- (2) 患者の同意を得た上で，介護支援専門員より情報提供を受け，介護サービス計画書（ケアプラン）の写しを診療録等に添付するとともに，診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載する。
- (3) 当該患者が，当該医療機関内で維持期のリハビリテーションから介護保険によるリハビリテーションに移行した場合は算定できない。

◇ 認知症専門診断管理料について

- (1) 「認知症専門診断管理料1」は，基幹型，地域型又は連携型認知症疾患医療センターが他の保険医療機関から紹介された患者に対して，患者又は家族等の同意を得た上で，認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定（認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成）し，説明し，それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって，紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に，1人につき1回に限り算定する。なお，患者に交付した文書の写しを診療録等に添付する。
- (2) 「注1」に規定する認知症療養計画は，「別紙様式32」（略）及び「別紙様式32の2」（略）又はこれらに準じて作成された，病名，検査結果，症状の評価（認知機能（MMSE，HDS-R等），生活機能（ADL，IADL等），行動・心理症状（NPI，DBD等）等），家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（NPI等）等），治療計画（受診頻度，内服薬の調整等），必要と考えられる医療連携や介護サービス，緊急時の対応，その他必要な項目が記載されたものであり，認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。「認知症専門診断管理料1」を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。
- (3) 「認知症専門診断管理料2」は，基幹型，地域型又は連携型認知症疾患医療センターが認知症の症状が増悪した患者に対して，患者又は家族等の同意を得た上で，今後の療養計画等を説明し，それを文書に

(2) 要介護者等についての診療報酬（給付調整告示）

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)

(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）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を次のように定め、平成20年4月1日から適用し、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）は、平成20年3月31日限り廃止する。ただし、同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六号に規定する厚生労働大臣が定める場合は、別表第一の上〔左〕欄各号に掲げる患者の区分に従い、同表の下〔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、別表第二の上〔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っては、同表の下〔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
一 入院中の患者以外の患者であって、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 ロ 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	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一 別表第一第1章第1部に規定する点数 二 別表第一第2章第1部に規定する点数 三 別表第一第2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 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 四 別表第一第2章第3部から第13部までに規定する点数 五 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 イ 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料 ロ 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ハ 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料 六 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。）
二 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。）	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一 別表第一及び別表第二に規定する点数 二 別表第三区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料
三 次に掲げる患者 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	次に掲げる療養 一 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。）

(5) 老健施設入所者についての診療報酬**後期高齢者療養担当基準（抄）**

(昭和58年1月20日 厚生省告示第14号)

(最終改正：令和4年3月4日 厚生労働省告示第52号)

(施設入所者に係る情報提供)

第19条の4 医師である保険医は、施設入所者を診療する場合には、当該介護老人保健施設の医師から当該施設入所者の診療状況に関する情報の提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行わなければならない。

2 医師である保険医は、施設入所者を診療した場合には、当該介護老人保健施設の医師に対し当該施設入所者の療養上必要な情報の提供を行わなければならない。

(診療の具体的方針)

第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第12条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ～ハ 略

ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。この場合において、施設入所者に対する往診は、当該介護老人保健施設の医師との連携に配慮して行い、みだりにこれを行ってはならない。

二・三 略**四 処方箋の交付**

イ・ロ 略

ハ 施設入所者に対しては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、健康保険法第63条第3項第一号に規定する保険薬局（以下「保険薬局」という。）における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方箋を交付してはならない。

二 略

五～八 略

**療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき
厚生労働大臣が定める掲示事項等（抄）**

(平成18年3月6日 厚生労働省告示第107号)

(最終改正：令和4年8月31日 厚生労働省告示第263号)

**第十二 療担基準第20条第四号口の処方箋の交付に係る
厚生労働大臣が定める場合**

一 悪性新生物に罹患している患者に対して抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

二 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方箋を交付する場合

三 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。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

四 インターフェロン製剤（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に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

五 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支給を目的とする処方箋を交付する場合

六 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合

七 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。）の第4節区分番号30に掲げる特定保険医療材料の支給を目的とする処方箋を交付す

る場合

八 エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

九 ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十 エポエチンベータベゴル（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十一 人工腎臓用透析液（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十二 血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十三 生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

(6) 特養入所者についての診療報酬

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)

(最終改正：令和4年3月25日 保医発0325第3号)

一般、「診療報酬の算定方法」(平成18年厚生労働省告示第92号)等が公布されたところであり、標記については、診療報酬請求と介護報酬、支援費及び措置費等との整合を明確にするため、平成18年4月1日より下記によることとしたので、遺憾なきを期するとともに、関係者に対して周知徹底を図られたい。

なお、下記事項については、老健局、社会・援護局及び雇用均等・児童家庭局とも協議済みであるので、念のため申し添える。

平成16年3月19日保医発第0319004号は、平成18年3月31日限り廃止する。

記

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、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)区分番号A000の初診料、医科点数表区分番号A001の再診料、医科点数表区分番号A002の外来診療料、医科点数表区分番号B001-2の小児科外来診療料及び医科点数表区分番号C000の往診料を算定できない。

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

(2) 病院又は診療所と特別養護老人ホームが併設されている場合の当該病院又は診療所(以下「併設医療機関」という。)の医師

なお、病院又は診療所と養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設(障害者の日常生活及び

社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。)第5条第7項に規定する生活介護を行う施設に限る。(3)において同じ。)、盲導犬訓練施設、救護施設、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
・配置医師(全施設共通)	・医科点数表区分番号B000の特定疾患療養管理料 ・医科点数表区分番号B001-2-9の地域包括診療料 ・医科点数表区分番号B001-2-10の認知症地域包括診療料 ・医科点数表区分番号B001-2-11の小児かかりつけ診療料 ・医科点数表区分番号B001-3の生活習慣病管理料 ・医科点数表区分番号B007の退院前訪問指導料 ・医科点数表区分番号C101の在

(1) 介護サービス関係Q&A集 (抄)

※ 厚生労働省ホームページに掲載されている「介護サービス関係Q&A集」から、本書の内容に関連が深いものを抜粋して掲載しました。各Q&Aの末尾に記載されている網掛けの数字はQ&A集における連番(通し番号)を示し、()内の日付は当該Q&Aを含む事務連絡等の発出日を、問○はその事務連絡等内の番号を示しています。それぞれの事務連絡等の詳細(名称等)は下記URLを参照してください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.html

①訪問看護関連

【介護保険の訪問看護】

[編注] 特に注記がない場合、以下の「訪問看護」は、介護保険の「訪問看護」、「介護予防訪問看護」、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護における訪問看護」及び「複合型サービス(看多機)における訪問看護」を指す。また、加算については、特に注記がない場合、介護保険における加算を指す。

(訪問看護の回数制限)

問 医療保険の給付対象である訪問看護では、週3日の回数制限や2カ所以上のステーションから訪問看護を受けられない等の制限があるが、介護保険においてはこうした制限はあるか。

答 介護保険の給付対象となる訪問看護については、週あたりの訪問回数に特段の制限はなく、又、2カ所のステーションから訪問看護の提供を受けることも可能である。

683 (平12. 3.31 問I(1) ③9)

(2カ所以上の事業所利用)

問 2カ所以上の訪問看護ステーションを利用する場合の医師の指示書について

答 2カ所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護を利用する場合は、医師の指示書が各訪問看護ステーションごとに交付される必要がある。ただし、C007訪問看護指示料は1人1月1回の算定となる。

689 (平15. 5.30 問17)

(同一日に医療保険と介護保険の両方の請求)

問 午前中に「訪問診療」を実施し、午後「訪問看護」及び「訪問リハビリ」を行った場合に、医療保険と介護保険それぞれに請求を行うことが可能か。

答 医療保険による訪問診療と介護保険による訪問看護(要介護者、要支援者に行われる訪問看護は癌末期、神経難病など一定の疾病の状態にある場合や急性増悪等の場合を除き、介護保険からの給付となる)、訪問リハビリが別の時間帯に別のサービスとして行われる場合、それぞれが算定できる。733 (平12. 4.28 問I(1) ①3)

(医療保険の訪問看護との関係)

問 医療保険による訪問診療を算定した日において、介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーションを行った場合、医療保険と介護保険についてそれぞれ算定できるか。

答 医療保険による訪問診療を算定した日において、介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーションが別の時間帯に別のサービスとして行われる場合に限りそれぞれ

算定できる。790 (平15. 5.30 問14)

(訪問看護ステーションと保険医療機関とが医療保険でいう「特別な関係」にある場合の介護給付費の算定)

問 訪問看護ステーションと医療保険でいう「特別な関係」にある保険医療機関において、医療機関が居宅療養管理指導費(介護保険)を算定した日と同一日に訪問看護ステーションの訪問看護費(介護保険)の算定は可能か。

答 別の時間帯に別のサービスとして行われた場合、可能である。728 (平12. 4.28 問I(1) ③1)

(難病患者等の利用)

問 利用者が末期がん患者や神経難病など難病患者等の場合の取扱いについて

答 利用者が末期がん患者や難病患者等の場合は、訪問看護は全て医療保険で行い、介護保険の訪問看護費は算定できない。746 (平15. 5.30 問16)

(入院患者の外泊中のサービス提供)

問 医療保険適用病床の入院患者が外泊中に介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーションを算定できるか。

答 医療保険適用病床の入院患者が外泊中に受けた訪問サービスは介護保険による算定はできないため、ご指摘の場合は算定できない。745 (平15. 5.30 問15)

(退院時共同指導加算)

問 退院時共同指導加算は、退院又は退所1回につき1回に限り算定できることとされているが、利用者が1ヶ月に入退院を繰り返した場合、1月に複数回の算定ができるのか。

答 算定できる。ただし、例2の場合のように退院時共同指導を2回行った場合でも退院後1度も訪問看護を実施せず再入院した場合は、退院時共同指導加算は1回のみ算定できる。

(例1) 退院時共同指導加算は2回算定できる

入院→退院時共同指導→退院→訪問看護の提供→再入院→退院時共同指導→訪問看護の実施

(例2) 退院時共同指導加算は1回算定できる

入院→退院時共同指導→退院→再入院→退院時共同指導→訪問看護の実施 714 (平24. 3.16 問41)

(ターミナルケア加算)

問 死亡日及び死亡日前14日前に介護保険、医療保険でそれぞれ1回、合計2回ターミナルケアを実施した場合にターミナルケア加算は算定できるのか。

答 算定できる。最後に実施した保険制度において算定すること。708 (平24. 3.16 問35)

(2) 「疑義解釈資料の送付について」より

※ 厚生労働省保険局医療課から発出された「疑義解釈資料の送付について」から、本書の内容に関連が深いものを抜粋して掲載しました。各Q&Aの末尾に、根拠を示しています。例えば「平30. 3.30 その1・問26」とあるものは、平成30年3月30日発出の事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」の問26であることを示しています。

【基本診療料】

（急性期一般入院料1及び7対1入院基本料）

問 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれるか。

答 含まれる。（平30. 3.30 その1・問26）

問 疑義解釈資料の送付について（その1）（平成30年3月30日付事務連絡）の問26において、急性期一般入院料1及び7対1入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれることとされているが、同一の敷地内にある介護老人保健施設も含まれるという理解でよいか。

答 よい。（平30. 7.10 その5・問11）

（A101療養病棟入院基本料）

問 併設されていなければ、特別な関係にある介護保険施設等から療養病棟に受け入れた場合、救急・在宅等支援療養病床初期加算（編注；在宅患者支援療養病床初期加算）は算定可能か。

答 その他の要件を満たしている場合は、算定できる。

（平22. 3.29 その1・問22）

問 以下の介護保険施設に入院していた患者を医療保険適用の療養病棟に受け入れた場合、救急・在宅等支援療養病床初期加算（編注；在宅患者支援療養病床初期加算）は算定可能か。

- ① 介護療養型医療施設
- ② 介護療養型介護老人保健施設

答

- ① 算定できない。
- ② 算定できる。ただし、併設の場合は算定不可。

（平22. 3.29 その1・問23）

問 療養病棟入院基本料の注6の在宅患者支援療養病床初期加算及び地域包括ケア病棟入院料の注5の在宅患者支援病床初期加算の算定要件に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うこと」とあるが、具体的にどのような支援を行えばよいか。

答 人生の最終段階における医療・ケアに関する当該患者の意思決定について、当該患者の療養生活を支援していた関係機関（介護保険施設や在宅療養支援を行う医療機関等）と連携し、情報の共有を図ること。患者本人の意思決定やその支援に関する情報が得られない場合については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人や家族等のほか、必要に応じて関係機関の関係者とともに

に、話し合いを繰り返し行う等の支援を行うこと。ただし、ここでいう支援は、画一的に行うものではなく、患者の病状や社会的側面を考慮しながら支援の実施の必要性について個別に評価した上で行うことをいう。

（平30. 4.25 その3・問1）

問 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の注5の在宅患者支援病床初期加算について、「介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に」とあるが、若年者の入院や、既往歴等のない患者の入院であっても算定可能か。また、療養病棟入院基本料の注6の在宅患者支援療養病床初期加算についてはどうか。

答 在宅患者支援病床初期加算及び在宅患者支援療養病床初期加算については、患者の年齢や疾患に関わらず、入院前より当該施設等又は自宅で療養を継続している患者に限り算定できる。なお、この場合、当該病院への入院が初回であっても差し支えない。

（平30.10. 9 その8・問2）

（A103精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、A227-2精神科措置入院退院支援加算、A249精神科急性期医師配置加算、A311精神科救急急性期医療入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A312精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及びA318地域移行機能強化病棟入院料）

問 精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料（編注；精神科救急急性期医療入院料）、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において、同一の敷地内にある介護医療院又は介護老人保健施設に退院した場合も自宅等への退院に含まれるという理解でよいか。

答 よい。（平30. 7.10 その5・問16）

（A200総合入院体制加算）

問 「当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと」とあるが、同一建物内ではなく同一敷地内に設置している場合は、総合入院体制加算の届出は可能か。

答 可能。（平30. 3.30 その1・問78）

（A212超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算）

問 A212の「注3」在宅重症児（者）受入加算（編注；救