

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

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は、介護保険法の規定により給付を受けることができる場合については、医療保険からの給付は行わない旨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）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（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、当該病室について都道府県知事及び地方社会保険事務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社会保険事務局長に届け出た場合には、平成~~24~~24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社会保険事務局長に届け出た場合には、平成~~24~~24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、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費等）を採用するものとする。このため、1病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。
ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することもできるものであること。なお、医療療養病床に係る届出については、「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305002号）に基づき、療養病棟入院基本料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管理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院期間が通算して6月以内の場合であつて、当該入所した者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。
- (3) 医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床又は介護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料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、言語聴覚療法及び精神科作業療法並びに特別療養費として定められた言語聴覚療法及び精神科作業療法を行う施設については、医療保険の疾患別リハビリテーション及び精神科作業療法を行う施設と同一の場合及びこれらと共用する場合も認められるものとする。ただし、共用する場合にあつては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費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、他医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とする。
- (2) 介護療養施設サービス費を算定している患者について、当該介護療養施設サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。
- (3) (2)にかかわらず、介護療養施設サービス費を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であつて、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他保険医療機関において、当該診療に係る費用を算定できる。ただし、短期滞在手術基本料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、「当該受診に係る診療科」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 月の途中で要介護者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。)については在宅末期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。

5 訪問看護に関する留意事項について

(1) 訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については原則としては算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合及び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**、後期高齢者終末期相談支援療養費については、終末期における療養についてその内容を文書等にまとめた日が特別訪問看護指示書に係る頻回の訪問看護が必要な期間内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を行う場合に限る。)には、~~訪問看護情報提供療養費を除き~~、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重症者管理加算は算定できない。

(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。

6 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又は短期集中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、患者の状態や、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となった場合などでは、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 1 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。

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。

7 重度認知症患者デイ・ケア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、精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケア（以下「重度認知症患者デイ・ケア等」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・ケア等を行っている期間内においては、介護保険における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つて、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で限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア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、認知症である老人の日常生活自立度判定基準がランク M に該当する者については、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。

8 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」を算定する場合には、エリスロポエチン及びダルベポエチンの費用は当該点数に含まれており別に算定することはできない。

(別紙)

区分		入院中以外の患者（次の施設に入居又は入所する患者）				介護老人福祉施設 又は地域密着型介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム） （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ものを含む。）	介護老人保健施設 （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含む。）		入院中の患者						
		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。） 5	高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム及び養護老人ホーム （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を除く。）並びに小規模多機能型居宅介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護を受ける者が利用する事業所 5	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		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	介護療養型医療施設以外の病床 （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。）	介護療養型医療施設 （認知症病棟の病床を除く。） （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含み、1を除く。）	介護療養型医療施設 （認知症病棟の病床に限る。） （認知症病棟の病床におけ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ものを含む。）	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（外泊中）	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（外泊中）
基本	初・再診料				（配置医師が行う場合を除く。）	（入院に係るものを除く。）	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	入院料等			-	-	-			（診療所後期高齢者医療管理料を除く。）	×	（短期滞在手術基本料1に限る。）	（精神科措置入院診療加算に限る。）	（短期滞在手術基本料1に限る。）		
	入院中の患者について算定するものであって、生活指導に係るもの ・入院栄養食事指導料 ・薬剤管理指導料 ・退院前訪問指導料		-		-	-					×			×	
	退院時共同指導料 1		-		×	×					×			×	
	退院時共同指導料 2		-		-	-					×			×	
	診療情報提供料（ ） （注1）					×					×			×	
	診療情報提供料（ ） （注2）		（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。）		×	×					（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。）	×		×	
	診療情報提供料（ ） （注3）		（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。）								×			×	
	診療情報提供料（ ） （注4）				×		×				×			×	
診療情報提供料（ ） （注5）						×					×		×		

医学管理等

診療情報提供料() (注6)							×			×	×
診療情報提供料() (注7)							×			×	×
診療情報提供料() (注8)							×			×	×
診療情報提供料() (注9)							×			×	×
診療情報提供料() (注10)							×	-		-	-
診療情報提供料()							×			×	×
後期高齢者退院時薬剤情報提供料	-					-	-			-	-
後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	-					-	-			-	-
後期高齢者診療料						(配置医師が行う場合を除く。)	×			-	-
後期高齢者外来継続指導料							×			-	-
後期高齢者終末期相談支援料						(末期の悪性腫瘍の患者で施設の医師と共同で行った場合に限る。)	×			-	-
上記以外						(「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」に定められているものを除く。)	×				×
往診料						(配置医師が行う場合を除く。)		×		-	-
在宅患者訪問診療料(居住系施設入居者等以外)		-		-		-	×			-	-
在宅患者訪問診療料(居住系施設入居者等)	-					(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の居住系施設等ターミナルケア加算は算定できない。)	×			-	-

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		(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	×	-	-	-
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料		(「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」に定められているものを除く。)	×	-	-	-
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算				-	-	-
検査			(大臣の定める項目は算定不可)		×	×
画像診断					(単純撮影を除く。)	×
投薬			3		3	(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)
注射			4		4	(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)
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1か月を経過した日以降は算定不可)	(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1か月を経過した日以降は算定不可)			(視能訓練及び難病患者リハ料に係る部分に限る。)	×
通院・在宅精神療法		(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。)	×	×	×	×
入院集団精神療法 入院生活技能訓練療法	-	-	-	(特定診療費を算定する場合を除く。)	(特定診療費を算定する場合を除く。)	(特定診療費を算定する場合を除く。)
精神科作業療法			×		×	×

精神科 専門 療法	精神科退院指導料		-			-	-		×		×	
	精神科退院前訪問指導料		-			-	-		×		×	
	重度認知症患者デイ・ケア料	(介護保険で認知症通所介護, 通所リハを行った日以外の日は算定可)	(認知症である老人の日常生活自立度判定基準がランクMのものに限る。)				×		-	-		
	上記以外					(「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」に定められているものを除く。)	×					
	処置						(大臣の定める項目は算定不可)			(大臣が定めるものを除く。)		×
	手術							(大臣の定める項目は算定不可)				×
	麻酔							(大臣の定める項目は算定不可)				×
	放射線治療											×
	病理診断									×		×
	歯科	訪問歯科衛生指導料					×					
在宅患者訪問薬剤管理指導料(居住系以外)		×	-	-	-	-	×	×		×		×
在宅患者訪問薬剤管理指導料(居住系)		-	×	×	×	×	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	×	×	×		×
在宅患者連携指導料						×	×	-		-		-
在宅患者緊急時カンファレンス料							(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	×	-		-	-
退院時共同指導料						-	×	×		×		×

	歯科疾患管理料 後期高齢者在宅療養 口腔機能管理料 歯科特定疾患療養管理料 診療情報提供料() (注2)	(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										
調剤	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (居住系以外)	×	-	-	-	-	-	-	-	-	
	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (居住系施設)	-	×	×	×	×	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料						(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	
	在宅患者緊急時等共同指導料	(ただし,居宅療養管理指導費を算定した日に行った場合を除く。)					(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	
	退院時共同指導料	-					×	×	-	×	×
	後期高齢者終末期相談支援料						(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	×	×	×	×
	・薬剤服用歴管理指導料 ・薬剤情報提供料 ・長期投薬情報提供料 ・後発医薬品情報提供料 ・外来服薬支援料 ・調剤情報提供料 ・服薬情報提供料 ・後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	(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,薬剤服用歴管理指導料及び後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については,当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合には算定可)						-	-	-	
上記以外							-	-	-	-	
	訪問看護基本療養費() (及び以外)	(2)	-	-	-	-	-	-	-	-	
	訪問看護基本療養費() (居住系施設入居者等)	-	(2)	(2)	(2)	(2)	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	
	難病等複数回数訪問加算	(2)					(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	
	特別地域訪問看護加算	(2)					(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	

訪問看護療養費	緊急訪問看護加算	(2)	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	-
	長時間訪問看護加算	(2)	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	-
	訪問看護管理療養費	(2)	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	-
	24時間対応体制加算 24時間連絡体制加算	(2 , ただし当該月に介護保険における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ない場合に限る。)	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	-
	重症者管理加算	(2 , ただし当該月に介護保険における特別管理加算を算定していない場合に限る。)	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	-
	退院時共同指導加算	(末期の悪性腫瘍等の患者又は退院後初回の訪問看護が特別訪問看護指示書の場合に限る。)	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	-
	退院支援指導加算			-	-	-	-
	在宅患者連携指導加算	×	×	-	-	-	-
	在宅患者緊急時カンファレンス加算	(2)	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	-
	後期高齢者終末期相談支援療養費	(末期の悪性腫瘍等の患者又は終末期における療養について文書等にまとめた際に特別訪問看護指示書に係る頻回の訪問看護が必要な期間内である場合に限る。)	(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	-	-	-	-
	訪問看護情報提供療養費	×	×	-	-	-	-
	訪問看護ターミナルケア療養費	(2)	(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の訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。)	-	-	-	-

1 介護老人保健施設の療養室，老人性認知症疾患療養病棟の病床，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）附則第5条第3項の規定により読み替えて適用される同令第144条に規定する基準適合診療所に係る病床又は指定介護予防サービス等の人員，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）附則第5条第3項の規定により読み替えて適用される同令第189条に規定する基準適合診療所に係る病床

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 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 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

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。）

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 社会福祉施設，身体障害者施設等及び養護老人ホームに同居する者に係る医科診療報酬点数表の算定について，別に「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）に規定がある場合にあっては，当該規定が適用されるものであること。