

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

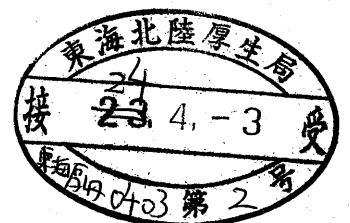
「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に
関連する事項等について」の一部改正について

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

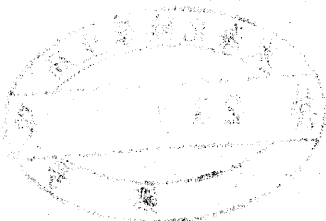
- (1) 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能であり、この場合の当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行うものであること。
- (2) 介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険か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

(別紙)

区分	1. 入居中の患者以外の患者 (次の施設に入居し又は入居している者を注1、3の患者を除く。)		2. 入居中の患者		3. 入所中の患者	
	<small>① 社会福祉施設、身体障害者福祉施設 (短期入所生活介護、介護予防型短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防型短期入所療養介護を受けているものを除く。)</small> 注1 うち、小規模多機能型居宅介護又は在宅介護を受けているものは、注2に照らす。	<small>② 特別養護老人ホーム(認知症対応型共同生活介護施設を除く。)</small> 注2 うち、介護職員等独立した介護を行う場合を除く。	<small>③ 介護療養型医療施設(認知症対応型介護療養型医療施設又は介護予防型認知症対応型医療施設を除く。)</small> 注3 介護療養型医療施設(認知症対応型介護療養型医療施設又は介護予防型認知症対応型医療施設を除く。)を受けている患者	<small>④ 介護療養型医療施設(認知症対応型介護療養型医療施設又は介護予防型認知症対応型医療施設を除く。)</small> 注4 介護療養型医療施設(認知症対応型介護療養型医療施設又は介護予防型認知症対応型医療施設を除く。)を受けている患者	<small>⑤ 介護療養型医療施設(認知症対応型介護療養型医療施設又は介護予防型認知症対応型医療施設を除く。)</small> 注5 介護療養型医療施設(認知症対応型介護療養型医療施設又は介護予防型認知症対応型医療施設を除く。)を受けている患者	<small>⑥ 介護療養型医療施設(認知症対応型介護療養型医療施設又は介護予防型認知症対応型医療施設を除く。)</small> 注6 介護療養型医療施設(認知症対応型介護療養型医療施設又は介護予防型認知症対応型医療施設を除く。)を受けている患者
抑・理診科						
入院科等						
B001-010 入居者受入れ診療科						
B001-024 外来療育ケア管理科						
B001-025 移居後支援管理科						
B001-026 福祉系福祉法人等福祉法人医療看護管理科						
B001-027 短期療養型介護管理科						
B001-2-5 訪問リハビリテーション診療科						
B001-2-6 要介護高齢者緊急支援診療科						
B001-2-7 外来リハビリテーション診療科						
B001-2-8 外来放射線科診療科						
B004 退院時共同指導科1						
注2 加算						
B005 退院時共同指導科2						
B005-1-2 介護支援連携指導科						
B005-2 地域連携診療計画管理科						
B005-3 地域連携診療計画推進管理科(1)						
B005-3-2 地域連携診療計画推進管理科(1)						
B005-6 がん診療連携推進管理科						
B005-6-2 がん診療連携指導科						
B005-7 認知症専門診療管理科1						
B005-7 認知症専門診療管理科2						
B005-7-2 認知症連携指導科						
B005-8 肝臓インテグレーション診療管理科						
B007 退院時共同指導科						
B008 薬剤管理科						
B009 診療情報管理科(1)						
注1						
注2						
注3						

医学部

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者をさき、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者	
	介護老人保健施設(特別指定施設、指定施設、指定特定施設)及び指定介護老人保健施設(指定特定施設)に入院又は入所する者(介護老人保健施設に入院又は入所する者をさき、3の患者を除く。)	認知症高齢者グループホーム(認知症対応型共同生活介護)、小規模多機能型居宅介護、介護予防型認知症対応型共同生活介護、介護予防型認知症対応型居宅介護	介護療養型医療施設(認知症病棟、痴呆病棟、痴呆病棟併設型病棟)に入院又は入所する者	介護療養型医療施設(認知症病棟、痴呆病棟、痴呆病棟併設型病棟)に入院又は入所する者	介護老人保健施設(指定特定施設、指定施設、指定特定施設)及び指定介護老人保健施設(指定特定施設)に入院又は入所する者(介護老人保健施設に入院又は入所する者をさき、3の患者を除く。)	介護老人保健施設(指定特定施設、指定施設、指定特定施設)及び指定介護老人保健施設(指定特定施設)に入院又は入所する者(介護老人保健施設に入院又は入所する者をさき、3の患者を除く。)	介護老人保健施設(指定特定施設、指定施設、指定特定施設)及び指定介護老人保健施設(指定特定施設)に入院又は入所する者(介護老人保健施設に入院又は入所する者をさき、3の患者を除く。)	介護老人保健施設(指定特定施設、指定施設、指定特定施設)及び指定介護老人保健施設(指定特定施設)に入院又は入所する者(介護老人保健施設に入院又は入所する者をさき、3の患者を除く。)
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(認知症専門医療連携加算)								
注11加算(精神医療連携加算)								
注12加算(併設インテグレーション連携加算)								
B010 診療情報伝送料(Ⅱ)								
B014 通院時業務情報管理料								
上記以外								
C000 往診料								
C001 在宅患者訪問診療料 (同一建物において同一日に2件以上医療提供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 在宅時診療管理料 (介護老人ホーム、特別指定施設及び指定介護老人保健施設(特別指定施設)に入院又は入所する者(介護老人保健施設に入院又は入所する者をさき、3の患者を除く。))								
C003 在宅がん医療総合診療料								
C005 在宅患者訪問診療・看護料								
C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料								
在宅ケア管理料加算及び同一建物居住者タラケア加算								
在宅移行管理加算								
その他の加算								
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件以上医療提供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)								
注2								
C007 訪問看護料								
C007 介護職員単独訪問指導料								

区分	1. 1級中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を除く。3の患者を除く。)			2. 入院中の患者		3. 入所中の患者	
	施設、社会福祉施設、身体障害者福祉施設(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(※1)	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)(後援型又は介護予防型)を受けているもの(※2)	特別養老ホーム(後援型又は介護予防型)を受けているもの(※3)	介護療養型医療施設(認知症対応型)に入院している患者	介護療養型医療施設(認知症対応型)に入院している患者	介護療養型医療施設(認知症対応型)に入院している患者	介護療養型医療施設(認知症対応型)に入院している患者
C008 在宅患者訪問介護管理指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療機関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 在宅患者訪問実働指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療機関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 在宅患者選別指導料							
C011 在宅患者緊急時待機カンファレンス料							
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料加算							
検査							
画像診断							
処薬							
注射							
リハビリテーション							
1002 通所、在宅精神療法 1003-2 認知療法、認知行動療法							
1005 入居集団精神療法							
1007 精神科作業療法							
1008 入居生活支援訓練療法							
1008-2 精神リハビリテーション 1009 精神リハビリテーション							
1010 精神科ナイト・ケア 1010-2 精神科デイ・ナイト・ケア							
注5							
1011 精神科退院指導料 1011-2 精神科退院前指導料							

区分	1. 入居者の居る以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を除く。その患者を除く。)		2. 入居中の患者		3. 入所中の患者	
	施設、社会福祉施設、身体障害者福祉等 (短期入所生活介護、介護予防訪問介護、 短期入所介護、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、小児多機能型 短期入所生活介護又は介護 予防訪問介護又は介護 予防療養介護を受けている患者(療養カ ーに在る)に限る。	特別養老院(特別養老施設、特別地域特 別養老院)及び指定介護予防施設(特別 養老院に限る。) ※2 うち、特別養老院(特別養老施設)及び 指定介護予防施設(特別養老院)に在る 患者(介護を受けている患者)に限 る。	介護療養型医療施設(認知症療養 病棟に限る。) ※3 うち、介護療養型医療施設(認知症療 養病棟)に在る患者に限る。	介護療養型医療施設(認知症療養 病棟に限る。) ※3 うち、介護療養型医療施設(認知症療 養病棟)に在る患者に限る。	介護老人福祉施設又は地域密着型 介護老人福祉施設 ※4 うち、介護老人福祉施設又は地域密着 型介護老人福祉施設に在る患者に限 る。	介護老人福祉施設 ※4 うち、介護老人福祉施設に在る患者 に限る。
1.3 長期療養型介護型有料 1.4の2 外来施設型有料						
1.5 在宅患者訪問看護管理診療料						
1.5の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理診療料						
1.5の3 在宅患者緊急時等共同診療料						
1.5の4 遠隔共同診療料						
1.5の5 服薬指導等診療料						
上記以外						
0.1 訪問看護基本診療費(Ⅰ)及び(Ⅱ)(注1算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療従事者から交付され る訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)						
0.1-2 精神科訪問看護基本診療費(Ⅰ)及び(Ⅱ)(注1算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療従事者から交付され る訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)						
0.1-2 精神科訪問看護基本診療費(Ⅱ)(注1算を含む。) (同一建物において同一日に2件以上医療従事者から交付され る訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)						
0.1-3 訪問看護基本診療費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基 本診療費(Ⅳ)						
0.2 訪問看護管理診療費						
2時間別々身体加算 2時間連続身体加算						
特別管理加算						
連続時間別々身体加算 連続時間連続身体加算						
在宅患者連日看護加算						
在宅患者緊急時等カンファレンス加算						
0.3 訪問看護提供施設費						
0.5 訪問看護ターミナルケア費						

※1 社会福祉施設、身体障害者福祉等、養護老人ホーム及び特別養老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、「特別養老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日厚労省令第102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 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※4 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※5 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※6 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※7 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※8 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※9 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※10 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※11 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※12 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※13 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※14 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※15 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※16 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※17 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※18 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※19 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※20 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※21 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※22 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※23 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※24 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※25 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※26 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※27 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※28 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※29 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※30 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※31 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※32 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※33 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※34 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※35 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※36 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※37 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※38 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※39 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※40 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※41 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※42 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※43 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※44 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※45 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※46 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※47 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※48 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※49 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※50 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※51 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※52 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※53 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※54 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※55 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※56 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※57 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※58 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※59 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※60 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※61 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※62 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※63 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※64 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※65 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※66 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※67 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※68 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※69 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※70 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※71 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※72 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※73 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※74 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※75 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※76 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※77 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※78 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※79 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※80 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※81 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※82 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※83 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※84 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※85 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※86 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※87 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※88 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※89 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※90 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※91 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※92 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※93 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※94 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※95 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※96 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※97 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※98 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※99 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)
 ※100 (末期の悪性腫瘍等の患者に限る。)

