

別紙 2

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

項 目	現 行	改 正 案
<p>01 訪問看護基本療養費（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>1 訪問看護基本療養費（I） イ・ロ（略） ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円</p> <p>2・3（略）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注2 1のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）（いずれも同一建物居住者を除く。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問</p>	<p>1 訪問看護基本療養費（I） イ・ロ（略） ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円</p> <p>2・3（略）</p> <p>注2 1のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）（いずれも同一建物居住者を除く。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問</p>	<p>1 訪問看護基本療養費（I） イ・ロ（略） ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円</p> <p>2・3（略）</p> <p>注2 1のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（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。）の区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者（いずれも同一建物居住者を除く。）に対して、それらの者の</p>

看護ステーションの緩和ケア又は褥瘡<sup>じよくそう</sup>ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ケア又は人工肛門<sup>こう</sup>ケア及び人工膀胱<sup>ぼうこう</sup>ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

【注の見直し】

注4 2のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越える褥瘡<sup>じよくそう</sup>の状態にある利用者（診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡<sup>じよくそう</sup>管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）（いずれも同一建物居住者に限る。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア又は褥瘡<sup>じよくそう</sup>ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用

注4 2のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡<sup>じよくそう</sup>の状態にある利用者（医科点数表の区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡<sup>じよくそう</sup>管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門<sup>こう</sup>若しくは人工膀胱<sup>ぼうこう</sup>を造設している者で管理が困難な利用者（いずれも同一建物居住者に限る。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡<sup>じよくそう</sup>ケア又は人工肛門<sup>こう</sup>ケア及び人工膀胱<sup>ぼうこう</sup>ケア

者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

アに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

【注の見直し】

注8 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行った場合には、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

注8 訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

【注の見直し】

注10 1及び2（いずれもハを除く。）については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問

注10 1及び2（いずれもハを除く。）については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問

を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週1日（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあつては週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

【注の見直し】

注11 1及び2（いずれもハを除く。）については、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につき500円をそれぞれ所定額に加算する。

を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあつては週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

注11 1及び2（いずれもハを除く。）については、6歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、1日につき1,500円を所定額に加算する。

【注の見直し】

注12 1及び2（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあつては、週1回を限度として算定する。

注12 1及び2（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあつては週1日を、ハの場合にあつては週3日を限度として算定する。

- イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合 4,300円
- ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円
- ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合 3,000円

- イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合 4,500円
- ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円
- ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 3,000円
- ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）
  - (1) 1日に1回の場合 3,000円
  - (2) 1日に2回の場合 6,000円
  - (3) 1日に3回以上の場合 10,000円

01-2 精神科訪問看護基本療養費  
(1日につき)

【項目の見直し】

- 1 (略)
- 2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ) 1,600円
- 3・4 (略)

- 1 (略)
- 2 削除
- 3・4 (略)

【注の削除】

注2 2については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するた

(削除)

めの法律（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホームに入所している複数のもに対して、それらの者の主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等（准看護師を除く。）が同時に指定訪問看護を行った場合に、週3日を限度として算定する。

【注の削除】

注6 2については、指定訪問看護の時間が3時間を超えたときは、3時間を超えた時間について、5時間を限度として、1時間又はその端数を増すごとに400円を所定額に加算する。

(削除)

【注の見直し】

注7 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行った場合には、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

注5 訪問看護ステーションの保健師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。  
イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行う場合

【注の見直し】

注9 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの保健師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間精神科訪問看護加算として、週1日（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

注7 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの保健師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間精神科訪問看護加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

【注の見直し】

注10 1及び3（いずれも30分未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1回を限度として算定する。  
イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場

注8 1及び3（いずれも30分未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度として算定する。  
イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場

	合	4,300円		合	
	ロ	所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合	3,800円	ロ	所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合
	ハ	所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合	3,000円	ハ	所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合
02	訪問看護管理療養費				
	【項目の見直し】				
	1	月の初日の訪問の場合		1	月の初日の訪問の場合
	イ	機能強化型訪問看護管理療養費1	12,400円	イ	機能強化型訪問看護管理療養費1
	ロ	機能強化型訪問看護管理療養費2	9,400円	ロ	機能強化型訪問看護管理療養費2
	ハ	イ又はロ以外の場合	7,400円	ハ	機能強化型訪問看護管理療養費3
				ニ	イからハまで以外の場合
	【注の見直し】				
	注1	指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（イ		注1	指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（イ

及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。)であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医(保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。以下同じ。)に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。)であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医(保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。)に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制又は連絡体制にある場合(指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。)には、当該基準に係る区分に従い、月1回を限度として、次に掲げる額のいずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが次に掲げる加算を算定している場合は、算定しない。

イ 24時間対応体制加算 5,400円

注2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合(指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。)には、24時間対応体制加算として、月1回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

ロ 24時間連絡体制加算 2,500円

【注の見直し】

注4 指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り6,000円を所定額に加算する。ただし、区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、当該退院又は退所につき2回に限り加算できる。

注4 指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り8,000円を所定額に加算する。ただし、区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、当該退院又は退所につき2回に限り加算できる。

【注の見直し】

注9 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬

注9 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局

局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り、2,000円を所定額に加算する。

の保険薬剤師又は医科点数表の区分番号B005の注3に規定する介護支援専門員若しくは相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り、2,000円を所定額に加算する。

【注の見直し】

注10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、当該利用者（診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算として、月1回に限り、6月を限度として6,400円を所定額に加算する。

注10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士が、当該利用者（医科点数表の区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料2を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者支援管理連携加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合  
8,400円

ロ 精神科在宅患者支援管理料2のロを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合  
5,800円

【注の追加】

(追加)

注11 別に厚生労働大臣が定める者について、訪

問看護ステーションの看護師又は准看護師が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者と連携し、特定行為業務（同項に規定する特定行為業務をいう。）が円滑に行われるよう、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為に関して当該事業者の社会福祉士及び介護福祉士法附則第3条第1項に規定する介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り2,500円を所定額に加算する。

03 訪問看護情報提供療養費

【項目の見直し】

訪問看護情報提供療養費 1,500円

- |   |               |        |
|---|---------------|--------|
| 1 | 訪問看護情報提供療養費 1 | 1,500円 |
| 2 | 訪問看護情報提供療養費 2 | 1,500円 |
| 3 | 訪問看護情報提供療養費 3 | 1,500円 |

【注の見直し】

注 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）又は都道府県（以下「市町村等」という。）に対して、当該市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、

回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費を算定している場合は、算定しない。

【注の追加】

(追加)

当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費1を算定している場合は、算定しない。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「義務教育諸学校」という。）への入学時、転学時等により当該義務教育諸学校に初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該義務教育諸学校に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。

【注の追加】

(追加)

注3 3については、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下この注において

「保険医療機関等」という。)に入院し、又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院し、又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うに当たって、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保険医療機関に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費3を算定している場合は、算定しない。

05 訪問看護ターミナルケア療養費

【項目の見直し】

訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円

- 1 訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
- 2 訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

【注の見直し】

注1 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した

注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った

上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。

後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、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1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 2については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

【注の見直し】

注2 注1の規定により算定する指定訪問看護の費用の額は、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合には、算定しない。



注3 1及び2については、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合には、算定しない。

別紙 3

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

項 目	現 行	改 正 案
<p>本文</p> <p>1 【項目の見直し】</p>	<p>1 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であって、別表20の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養及び同項第五号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養及び同項第五号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号</p>	<p>1 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であって、別表19の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養及び同項第五号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養及び同項第五号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号</p>

から第三号までに掲げる療養に限る。)に要する費用の額は、別表により算定するものとする。

一～二 (略)

三 臓器の移植術を受ける患者であって、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)のうち次に掲げる区分番号の点数を算定するもの

イ～ヌ (略)

ル (略)

ヲ (略)

ワ (略)

四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者

イ～ハ (略)

ニ A308-3 地域包括ケア病棟入院料

(1) 地域包括ケア病棟入院料1・2

(2) 地域包括ケア入院医療管理料1・2

(当該入院医療管理料を算定する直前に療養に要する費用の額を別表により算定していた患者を除く。)

ホ～ヘ (略)

ト A400 短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料3を除く。)

五 (略)

5

5 第1項に規定する厚生労働大臣が指定する病

から第三号までに掲げる療養に限る。)に要する費用の額は、別表により算定するものとする。

一～二 (略)

三 臓器の移植術を受ける患者であって、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)のうち次に掲げる区分番号の点数を算定するもの

イ～ヌ (略)

ル K716-4 生体部分小腸移植術

ヲ K716-6 同種死体小腸移植術

ワ (略)

カ (略)

ヨ (略)

四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者

イ～ハ (略)

ニ A308-3 地域包括ケア病棟入院料

(1) 地域包括ケア病棟入院料1から4まで

(2) 地域包括ケア入院医療管理料1から4まで(当該入院医療管理料を算定する直前に療養に要する費用の額を別表により算定していた患者を除く。)

ホ～ヘ (略)

ト A400 短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1に限る。)

五 (略)

5 第1項に規定する厚生労働大臣が指定する病

【項目の見直し】

院は、以下の基準を満たす病院とする。

一 急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表のうち次に掲げる区分番号のうちいずれかの七対一入院基本料又は十対一入院基本料に係る届出を行っていること。

イ A100 一般病棟入院基本料

ロ A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）

ハ A105 専門病院入院基本料

二～三 （略）

四 三のイの調査期間において、当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるもののいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者（第1項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。）数を、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した1月あたりの値が0.875以上であること。

イ （略）

ロ A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）

ハ～ワ （略）

五 （略）

院は、以下の基準を満たす病院とする。

一 急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表のうち次に掲げる区分番号に係る届出を行っていること。

イ A100 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）

ロ A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）

ハ A105 専門病院入院基本料（十三対一入院基本料を除く。）

二～三 （略）

四 三のイの調査期間において、当該病院の医科点数表に掲げる区分番号のうち次に掲げるもののいずれかに係る届出を行っている病床から退院等した患者（第1項第一号から第四号までのいずれかに該当するものを除く。）数を、当該病院の当該届出を行っている病床の病床数で除した1月あたりの値が0.875以上であること。

イ （略）

ロ A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）

ハ～ワ （略）

五 （略）

項 目	現 行	改 正 案
別表  2  【項目の見直し】	2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ （略） ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用 (1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4から注7まで及び注12、A104の注5及び注10並びにA105の注3、注4及び注9に規定する費用 (2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3、A236からA243まで、A244（2に限る。）及びA246からA250までに掲げる費用 (3) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1及び短期滞在手術等基本料2に掲げる費用 (4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-2まで及びB001-6からB014までに掲げる費用 (5) 検査の費用のうち、区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419までに掲げる費用	2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ （略） ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用 (1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4、注5及び注12、A104の注5及び注10並びにA105の注3、注4及び注9に規定する費用 (2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242まで、A244（2に限る。）及びA246からA250までに掲げる費用 (3) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1に掲げる費用 (4) 医学管理等の費用のうち、通則、区分番号B000からB001-3-2まで及びB001-6からB014までに掲げる費用 (5) 検査の費用のうち、区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419-2までに掲げる費用

(6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1、通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2並びに区分番号E003（3のイ（注1及び2を含む。）に規定する費用に限る。）に掲げる費用

(7) (略)

(8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J010-2、J017、J017-2、J027（1に限る。）、J038からJ042まで、J043-6、J045-2、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J122（5及び6に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J123からJ128まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129（4に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）並びにJ129-2（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に掲げる処置料並びにJ038（1及び2に限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価

(6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1、通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2及び画像診断管理加算3並びに区分番号E003（3のイ（注1及び注2を含む。）に規定する費用に限る。）に掲げる費用

(7) (略)

(8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J010-2、J017、J017-2、J027、J034-3、J038からJ042まで、J043-6、J045-2、J047、J047-2、J049、J052-2、J054-2、J062、J116-5、J122（4から6までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J123からJ128まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129（4に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）並びにJ129-2（2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）に掲げる処置料並びにJ038（1から3までに限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告

4

A 3 0 0 救命救急入院料

【注の見直し】

注2 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）第九の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に1,000点を加算する。

注2 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）第九の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 救急体制充実加算1 1,500点
- ロ 救急体制充実加算2 1,000点
- ハ 救急体制充実加算3 500点

【注の削除】

注3 基本診療料の施設基準等第九の二の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数

(削除)

格基準」という。)別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に掲げる材料に限る。)並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に限る。)に当たって使用した薬剤(腹膜灌流液に限る。)及び保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053までに掲げる材料に限る。)に係る費用

(9)~(11) (略)

示第61号。以下「材料価格基準」という。)別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に掲げる材料に限る。)並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に限る。)に当たって使用した薬剤(腹膜灌流液に限る。)及び保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053までに掲げる材料に限る。)に係る費用

(9)~(11) (略)

に500点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注6 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第号）による改正前の厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法別表（以下「旧別表」という。）4の区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注2及び注3の規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている病院については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。

5

A300 救命救急入院料

【注の見直し】

注2 基本診療料の施設基準等第九の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に1,000点を加算する。

注2 基本診療料の施設基準等第九の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ	救急体制充実加算1	1,500点
ロ	救急体制充実加算2	1,000点
ハ	救急体制充実加算3	500点

	<p>【注の削除】</p> <p>注3 基本診療料の施設基準等第九の二の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に500点を加算する。</p>	<p>→ (削除)</p>									
	<p>【注の追加】</p> <p>(追加)</p>	<p>→ 注6 旧別表5の区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注2及び注3の規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている病院については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。</p>									
<p>6 A300 救命救急入院料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 基本診療料の施設基準等第九の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に1,000点を加算する。</p>	<p>→ 注2 基本診療料の施設基準等第九の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>救急体制充実加算1</td> <td>1,500点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>救急体制充実加算2</td> <td>1,000点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>救急体制充実加算3</td> <td>500点</td> </tr> </table>	イ	救急体制充実加算1	1,500点	ロ	救急体制充実加算2	1,000点	ハ	救急体制充実加算3	500点
イ	救急体制充実加算1	1,500点									
ロ	救急体制充実加算2	1,000点									
ハ	救急体制充実加算3	500点									
	<p>【注の削除】</p> <p>注3 基本診療料の施設基準等第九の二の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚</p>	<p>→ (削除)</p>									

9

【注の追加】

生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に500点を加算する。

(追加)

注6 旧別表6の区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注2及び注3の規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている病院については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。

【項目の見直し】

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	
7対1入院基本料	127点
7対1入院基本料	
（月平均夜勤時間超過減算）	108点
7対1入院基本料	
（夜勤時間特別入院基本料）	89点

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	
急性期一般入院料1	127点
急性期一般入院料1	
（月平均夜勤時間超過減算）	108点
急性期一般入院料1	
（夜勤時間特別入院基本料）	89点
急性期一般入院料2	125点
急性期一般入院料2	
（月平均夜勤時間超過減算）	106点
急性期一般入院料2	
（夜勤時間特別入院基本料）	87点
急性期一般入院料3	119点
急性期一般入院料3	
（月平均夜勤時間超過減算）	101点
急性期一般入院料3	
（夜勤時間特別入院基本料）	83点

10对 1 入院基本料	107点
10对 1 入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)	91点
10对 1 入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料)	75点
13对 1 入院基本料	90点
13对 1 入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)	76点
13对 1 入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料)	63点

急性期一般入院料 4	111点
急性期一般入院料 4 (月平均夜勤時間超過減算)	94点
急性期一般入院料 4 (夜勤時間特別入院基本料)	78点
急性期一般入院料 5	110点
急性期一般入院料 5 (月平均夜勤時間超過減算)	94点
急性期一般入院料 5 (夜勤時間特別入院基本料)	77点
急性期一般入院料 6	109点
急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)	92点
急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)	76点
急性期一般入院料 7	107点
急性期一般入院料 7 (月平均夜勤時間超過減算)	91点
急性期一般入院料 7 (夜勤時間特別入院基本料)	75点
地域一般入院料 1	90点
地域一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	77点
地域一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	63点
地域一般入院料 2	90点
地域一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	76点
地域一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	63点

12

【項目の見直し】

15対1入院基本料	77点
15対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)	65点
15対1入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料)	54点
特別入院基本料	47点

地域一般入院料3	77点
地域一般入院料3 (月平均夜勤時間超過減算)	65点
地域一般入院料3 (夜勤時間特別入院基本料)	54点
特別入院基本料	47点

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	
7対1入院基本料	127点
7対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)	108点
7対1入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料)	89点

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	
急性期一般入院料1	127点
急性期一般入院料1 (月平均夜勤時間超過減算)	108点
急性期一般入院料1 (夜勤時間特別入院基本料)	89点
急性期一般入院料2	125点
急性期一般入院料2 (月平均夜勤時間超過減算)	106点
急性期一般入院料2 (夜勤時間特別入院基本料)	87点
急性期一般入院料3	119点
急性期一般入院料3 (月平均夜勤時間超過減算)	101点
急性期一般入院料3 (夜勤時間特別入院基本料)	83点
急性期一般入院料4	111点
急性期一般入院料4 (月平均夜勤時間超過減算)	94点
急性期一般入院料4 (夜勤時間特別入院基本料)	78点

10对 1 入院基本料	107点
10对 1 入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)	91点
10对 1 入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料)	75点
13对 1 入院基本料	90点
13对 1 入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)	76点
13对 1 入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料)	63点
15对 1 入院基本料	77点
15对 1 入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)	65点
15对 1 入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料)	54点

急性期一般入院料 5	110点
急性期一般入院料 5 (月平均夜勤時間超過減算)	94点
急性期一般入院料 5 (夜勤時間特別入院基本料)	77点
急性期一般入院料 6	109点
急性期一般入院料 6 (月平均夜勤時間超過減算)	92点
急性期一般入院料 6 (夜勤時間特別入院基本料)	76点
急性期一般入院料 7	107点
急性期一般入院料 7 (月平均夜勤時間超過減算)	91点
急性期一般入院料 7 (夜勤時間特別入院基本料)	75点
地域一般入院料 1	90点
地域一般入院料 1 (月平均夜勤時間超過減算)	77点
地域一般入院料 1 (夜勤時間特別入院基本料)	63点
地域一般入院料 2	90点
地域一般入院料 2 (月平均夜勤時間超過減算)	76点
地域一般入院料 2 (夜勤時間特別入院基本料)	63点
地域一般入院料 3	77点
地域一般入院料 3 (月平均夜勤時間超過減算)	65点
地域一般入院料 3 (夜勤時間特別入院基本料)	54点

<p>13</p> <p>【項目の追加】</p>	<p>特別入院基本料</p> <p>47点</p>	<p>特別入院基本料</p> <p>47点</p> <p>(追加) →</p> <p>13 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさなくなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の六の(10)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の六の(11)に規定する日（5の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。</p> <p>イ 年6日以内であること。</p> <p>ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。</p> <p>区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料</p> <table border="1"> <tr> <td>7対1入院基本料</td> <td>80点</td> </tr> <tr> <td>10対1入院基本料</td> <td>67点</td> </tr> <tr> <td>13対1入院基本料</td> <td>56点</td> </tr> </table>	7対1入院基本料	80点	10対1入院基本料	67点	13対1入院基本料	56点
	7対1入院基本料	80点						
10対1入院基本料	67点							
13対1入院基本料	56点							
<p>14</p> <p>【項目の追加】</p>	<p>(追加) →</p>	<p>14 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、病棟の看護体制が施設基準を満たさな</p>						

くなったものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(4)に規定する保険医療機関に該当するものにおいては、基本診療料の施設基準等第五の二の(5)に規定する日（6の表に掲げる点数を加算するものを除く。）の診断群分類区分の点数は、夜間看護体制特定日減算として、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、次のいずれにも該当する場合に限り、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	
急性期一般入院料1	80点
急性期一般入院料1 (月平均夜勤時間超過減算)	68点
急性期一般入院料1 (夜勤時間特別入院基本料)	56点
急性期一般入院料2	78点
急性期一般入院料2 (月平均夜勤時間超過減算)	66点
急性期一般入院料2 (夜勤時間特別入院基本料)	55点
急性期一般入院料3	75点
急性期一般入院料3 (月平均夜勤時間超過減算)	63点
急性期一般入院料3	

(夜勤時間特別入院基本料)	52点
急性期一般入院料 4	69点
急性期一般入院料 4	
(月平均夜勤時間超過減算)	59点
急性期一般入院料 4	
(夜勤時間特別入院基本料)	49点
急性期一般入院料 5	69点
急性期一般入院料 5	
(月平均夜勤時間超過減算)	59点
急性期一般入院料 5	
(夜勤時間特別入院基本料)	48点
急性期一般入院料 6	68点
急性期一般入院料 6	
(月平均夜勤時間超過減算)	58点
急性期一般入院料 6	
(夜勤時間特別入院基本料)	47点
急性期一般入院料 7	67点
急性期一般入院料 7	
(月平均夜勤時間超過減算)	57点
急性期一般入院料 7	
(夜勤時間特別入院基本料)	47点
地域一般入院料 1	56点
地域一般入院料 1	
(月平均夜勤時間超過減算)	48点
地域一般入院料 1	
(夜勤時間特別入院基本料)	39点
地域一般入院料 2	56点
地域一般入院料 2	
(月平均夜勤時間超過減算)	48点
地域一般入院料 2	

13

【項目の削除】

13 1の規定にかかわらず、4に規定する病院であって、7対1入院基本料の届出を行っている病棟の一部を10対1入院基本料に段階的に変更するものとして届出を行ったものにおいては、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）  
7対1入院基本料 260点

(夜勤時間特別入院基本料)	39点
地域一般入院料 3	48点
地域一般入院料 3	
(月平均夜勤時間超過減算)	41点
地域一般入院料 3	
(夜勤時間特別入院基本料)	34点
特別入院基本料	29点

(削除)

14

【項目の削除】

14 1の規定にかかわらず、5に規定する病院であって、7対1入院基本料の届出を行っている

(削除)

15

【項目の削除】

病棟の一部を10対1入院基本料に段階的に変更するものとして届出を行ったものにおいては、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料  
7対1入院基本料 259点

15 1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、7対1入院基本料の届出を行っている病棟の一部を10対1入院基本料に段階的に変更するものとして届出を行ったものにおいては、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料  
7対1入院基本料 259点  
7対1入院基本料

→ (削除)

20	(月平均夜勤時間超過減算)	220点	→	20	
	7対1入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料)	181点			
【項目の見直し】	21	4に規定する病院、5に規定する病院及び6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める基礎係数、暫定調整係数及び機能評価係数Ⅱと、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。		20	4に規定する病院、5に規定する病院及び6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める基礎係数、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数と、別に厚生労働大臣が定める機能評価係数Ⅰとを合算して得た係数とする。

別紙 4

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【平成30年4月1日施行】

改正案	現行
<p>（一部負担金等の受領）            第五条（略）            2（略）            3 保険医療機関のうち、医療法（昭和三十二年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二（略）</p> <p>第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）</p>	<p>（一部負担金等の受領）            第五条（略）            2（略）            3 保険医療機関のうち、医療法（昭和三十二年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法第七条第二項第五号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和三十二年法律第百六十四号）第六条の二の二第三項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が五百以上であるものに限る。）及び医療法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二（略）</p> <p>第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）</p>

)を担当した場合(第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。)において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

2 (略)

(入院)

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

)を担当した場合(第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。)において、患者から求めがあつたときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

2 (略)

(入院)

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(処方せんの交付)

第二十三条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

様式第二号の次に次の様式を加える。

# 処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 分割の 〃 回目

公費負担者番号					保 険 者 番 号				
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				

患 者	氏 名				保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	明大昭平 年 月 日	男・女		電 話 番 号				
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>				
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					

交付年月日	平成 年 月 日	処方箋の使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
--------	------	--

備 考	保険医署名 <span style="font-size: small;">（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）</span>	
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供		

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号				
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号				

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第 1 条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

## 分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_

その他の連絡先 \_\_\_\_\_

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

別紙 5

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）

【平成30年4月1日施行】

改正案	現行
<p>第四条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第四条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>2 （略）</p>	<p>第四条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第四条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、<u>患者から求めがあつたときは</u>、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>2 （略）</p>

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十四年厚生労働省令第二十六号）

【平成30年4月1日施行】

改正案	現行
<p data-bbox="378 384 510 421">附 則</p> <p data-bbox="271 520 398 557">(削る)</p>	<p data-bbox="1249 384 1382 421">附 則</p> <p data-bbox="1162 429 1966 512">(保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正に伴う経過措置)</p> <p data-bbox="1120 520 1966 927">第三条 領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとする。</p> <p data-bbox="1120 935 1966 1158">2 明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、新薬担規則第四条の二第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができる。</p>

別紙 6

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（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【平成30年4月1日施行】

改正案	現行
<p>（一部負担金の受領等）</p> <p>第五条（略）</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（<u>同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数</u>が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>4 （略）</p> <p>第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大</p>	<p>（一部負担金の受領等）</p> <p>第五条（略）</p> <p>2 （略）</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（<u>同法第七条第二項第五号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第六条の二の二第三項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数</u>が五百以上であるものに限る。）及び医療法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>4 （略）</p> <p>第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大</p>

臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

2 （略）

（入院）

第十一条 （略）

2 保険医療機関は、病院にあつては、許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

3 （略）

第二十六条の五の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第二十六条の四第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理

臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、患者から求めがあつたときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

2 （略）

（入院）

第十一条 （略）

2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

3 （略）

第二十六条の五の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第二十六条の四第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、患者から

由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

2 (略)

求めがあつたときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

2 (略)

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の一部を改正する件（平成二十四年厚生労働省告示第七十四号）

【平成30年4月1日施行】

改 正 案	現 行
<p>ただし、保険医療機関（病院を除く。）において、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第二項又は第二十六条の五第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとし、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第三項又は第二十六条の五第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができるものとする。</p>	<p>ただし、保険医療機関（病院を除く。）及び<u>保険薬局</u>において、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第二項又は第二十六条の五第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとし、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第三項又は第二十六条の五第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができるものとする。</p>

