

別表2

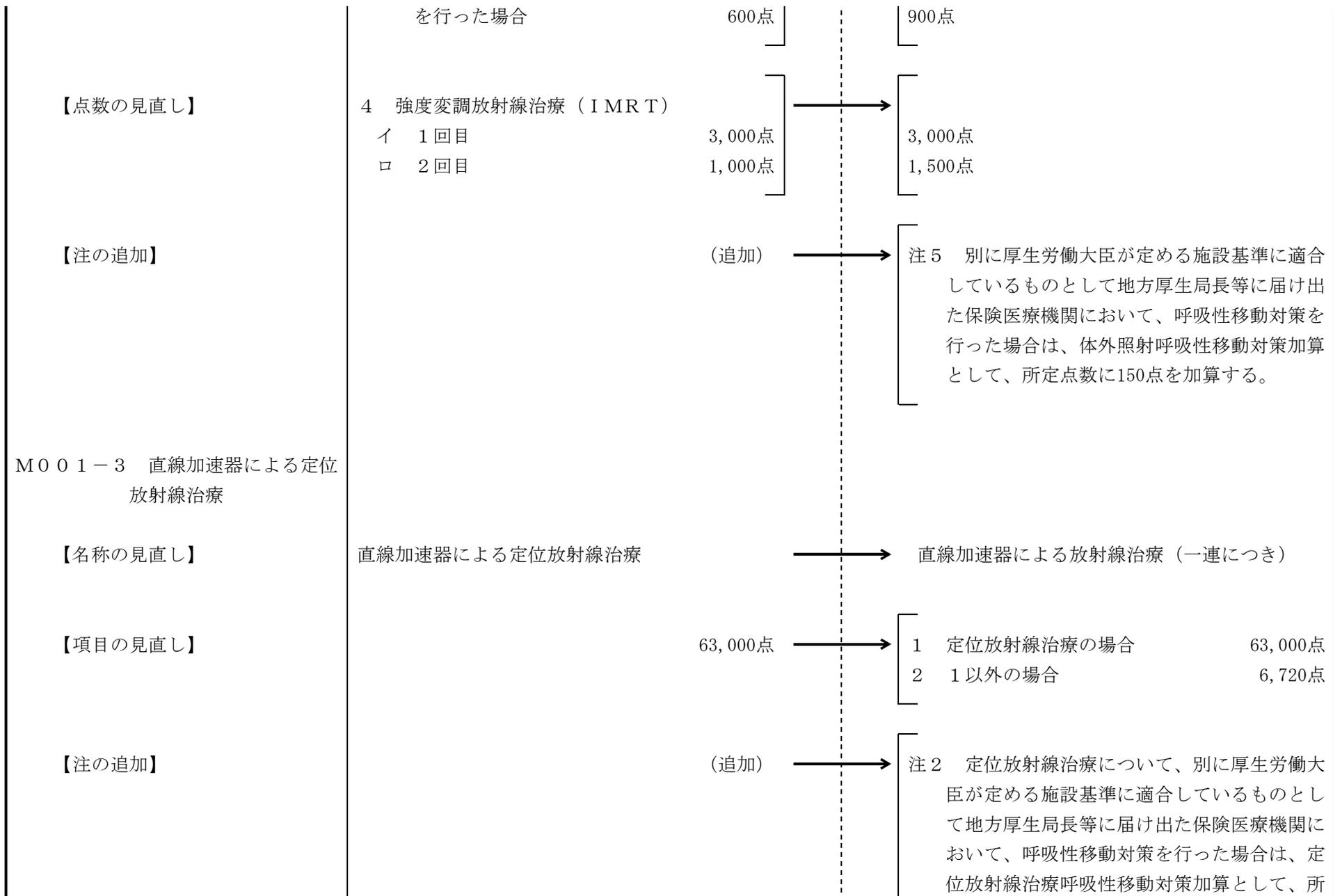
第10部 手術（名称が変更する項目）

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K142	脊椎固定術	K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)
K200-2	涙点プラグ挿入術	K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術
K548	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	K548	経皮的冠動脈形成術
K596	体外ペースメーカー	K596	体外ペースメーカー術
K604	埋込型補助人工心臓	K604	植込型補助人工心臓(拍動流型)
K620	下大静脈フィルター留置	K620	下大静脈フィルター留置術
K685	内視鏡的胆道結石除去術(胆道碎石術を伴うもの)	K685	内視鏡的胆道結石除去術
K781	経尿道的尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)	K781	経尿道的尿路結石除去術

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第11部 麻酔</p> <p>第1節 麻酔料</p> <p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>【注の追加】</p> <p>第2節 神経ブロック料</p> <p>L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法 570点</p> <p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合</p>	<p>注8 同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植術加算として、所定点数に15,250点を加算する。</p> <p>3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック 570点</p> <p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を</p>

	400点	用いた場合	400点
【項目の見直し】	<p>6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック</p> <p>170点</p>	→	<p>6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック</p> <p>170点</p>
【項目の見直し】	<p>7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック</p> <p>90点</p>	→	<p>7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髓神経前枝神経ブロック</p> <p>90点</p>
L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）			
【項目の見直し】	<p>1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロッ</p>	→	<p>1 下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロッ</p>

	<p>ク、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 3,000点</p>		<p>ク、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック 3,000点</p>
<p>【項目の見直し】</p>	<p>3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック 800点</p>	<p>→</p>	<p>3 眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 800点</p>
<p>【項目の見直し】</p>	<p>4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック 340点</p>	<p>→</p>	<p>4 迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック 340点</p>



M004 密封小線源治療（一連につき）

【注の追加】

（追加）



定点数に次の点数を加算する。

イ 動体追尾法	10,000点
ロ その他	5,000点

注7 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第13部 病理診断</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第3部検査の通則第6号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p>	<p>6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第3部検査の通則第6号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。ただし、区分番号N006に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設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保険医療機関間において行うときに限り算定する。</p>
<p>【通則の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>7 テレパソロジーにより、区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製又は区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診を行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設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保険医療機関間において行うときに限り算</p>

第1節 病理標本作製料

N000 病理組織標本作製（1臓器につき）

【点数の見直し】

880点 → 860点

定する。

N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）

【注の削除】

注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設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保険医療機関間において行うときに限り算定する。 → (削除)

N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき）

【注の削除】

注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設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保険医療機関間において行うときに限り算定する。 → (削除)

N004 細胞診（1部位につき）

<p>【注の新設】</p>		<p>(新設) → 注 過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、所定点数に85点を加算する。</p>
<p>N 0 0 5 HER2 遺伝子標本作製</p> <p>【項目の見直し】</p>		<p>2,500点 →</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 単独の場合 2,700点 2 区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作成を併せて行った場合 3,050点
<p>第2節 病理診断・判断料</p>		
<p>N 0 0 6 病理診断料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 組織診断料 2 細胞診断料 	<p>500点 → 400点</p> <p>240点 → 200点</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) → 注4 病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設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保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 病理診断管理加算1</p>

(1) 組織診断を行った場合	120点
(2) 細胞診断を行った場合	60点
ロ 病理診断管理加算2	
(1) 組織診断を行った場合	320点
(2) 細胞診断を行った場合	160点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料</p> <p>第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項</p> <p>1 緊急時施設治療管理料</p>	<p>注 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p>	<p>注 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。</p>

項 目	改 正 案
第4章 経過措置	<p>1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。</p> <p>2 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成26年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 区分番号D208の4に掲げるバリストカルジオグラフ ロ 区分番号D289の2に掲げるキシローゼ試験 ハ 区分番号D293の3に掲げる心機能検査（心拍出量測定を含む。） ニ 区分番号D293の4に掲げる肺局所機能検査及び脳局所血流検査 ホ 区分番号M001の2に掲げるコバルト⁶⁰遠隔大量照射 ヘ 区分番号M004の2のロに掲げる旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合

3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案												
第1部 調剤報酬 第1節 調剤技術料 00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 【注の見直し】	<p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設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保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 後発医薬品調剤体制加算1</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>ロ 後発医薬品調剤体制加算2</td> <td>13点</td> </tr> <tr> <td>ハ 後発医薬品調剤体制加算3</td> <td>17点</td> </tr> </table> <p>注5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなるこ</p>	イ 後発医薬品調剤体制加算1	6点	ロ 後発医薬品調剤体制加算2	13点	ハ 後発医薬品調剤体制加算3	17点	<p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設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保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 後発医薬品調剤体制加算1</td> <td>5点</td> </tr> <tr> <td>ロ 後発医薬品調剤体制加算2</td> <td>15点</td> </tr> <tr> <td>ハ 後発医薬品調剤体制加算3</td> <td>19点</td> </tr> </table> <p>注5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなるこ</p>	イ 後発医薬品調剤体制加算1	5点	ロ 後発医薬品調剤体制加算2	15点	ハ 後発医薬品調剤体制加算3	19点
イ 後発医薬品調剤体制加算1	6点													
ロ 後発医薬品調剤体制加算2	13点													
ハ 後発医薬品調剤体制加算3	17点													
イ 後発医薬品調剤体制加算1	5点													
ロ 後発医薬品調剤体制加算2	15点													
ハ 後発医薬品調剤体制加算3	19点													

01 調剤料

【注の見直し】

と等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料を除く。）は算定しない。

と等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。

注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

- イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）
- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20^か点
 - (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90^か点
 - (3) 液剤 45^か点
- ロ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。）
- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆

- イ 内服薬及び屯服薬
- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20^か点
 - (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90^か点
 - (3) 液剤 45^か点

粒剤、エキス剤	120点
(2) 液剤	75点
ハ 外用薬	
(1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パ ップ剤、リニメント剤、坐剤	90点
(2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤	75点
(3) 液剤	45点

ロ 外用薬	
(1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パ ップ剤、リニメント剤、坐剤	90点
(2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤	75点
(3) 液剤	45点

【注の見直し】

注7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。

イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合	
(1) 液剤の場合	75点
(2) 散剤又は顆粒剤の場合	90点
(3) 軟・硬膏剤の場合	80点
ロ イ以外の場合	
(1) 液剤の場合	35点
(2) 散剤又は顆粒剤の場合	45点
(3) 軟・硬膏剤の場合	80点

注7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。

イ 液剤の場合	35点
ロ 散剤又は顆粒剤の場合	45点
ハ 軟・硬膏剤の場合	80点

【注の削除】

注8 後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1剤に係る所定点数）に1調剤につき2点を加算する。

(削除)

【注の追加】

(追加)

注8 別に厚生労働大臣が定める施設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保険薬局において、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、処方せん受付1回につき15点を加算する。

第2節 薬学管理料

10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）

【点数の見直し】

30点

41点

【注の見直し】

注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。
イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に

注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。
イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に

関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

- ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

- ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
- ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
- ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。
- ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

【注の追加】

(追加)

注5 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、所定点数に5点を加算す

る。

1 1 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき）

【削除】

注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。

2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

15点

（削除）

1 4 後発医薬品情報提供料（処方せんの受付1回につき）

【削除】

注1 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。

2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については

10点

（削除）

、算定しない。

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【注の追加】

(追加)

注3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。

1 5 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

【注の追加】

(追加)

注3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。

1 5 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

【注の追加】

(追加)

注3 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。

【新設】

(新設)

1 5 の 5 服薬情報等提供料

15点

注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

1 6 調剤情報提供料 (処方せんの受付1回につき)

15点

(削除)

【削除】

注1 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定する。

2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤

1 7 服薬情報提供料

【削除】

管理指導料を算定している患者については、算定しない。

15点

(削除)

- 注 1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。
- 2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。
- 3 区分番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

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>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第78条第1項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号01により算定される額に区分番号02から区分番号05までにより算定される額を加えた額とする。</p>	<p>1 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第78条第1項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号02の注7に規定する場合を除き、区分番号01又は区分番号01-2により算定される額に区分番号02から区分番号05までにより算定される額を加えた額とする。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>3 区分番号01の注2、区分番号02の注2及び注3における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する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。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。</p>	<p>3 区分番号01の注2及び注4、区分番号01-2の注1から注4まで並びに区分番号02の注2及び注3における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する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。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該</p>

分室を経由して行うものとする。

01 訪問看護基本療養費（1日につき）

【項目の見直し】

1 訪問看護基本療養費(I)	
イ 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による場合	
(1) 週3日目まで	5,550円
(2) 週4日目以降	6,550円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで	5,050円
(2) 週4日目以降	6,050円
2 訪問看護基本療養費(II)	1,600円
3 訪問看護基本療養費(III)	
イ 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による場合	
(1) 週3日目まで	4,300円
(2) 週4日目以降	5,300円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで	3,800円
(2) 週4日目以降	4,800円

1 訪問看護基本療養費(I)	
イ 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による場合（ハを除く。）	
(1) 週3日目まで	5,550円
(2) 週4日目以降	6,550円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで	5,050円
(2) 週4日目以降	6,050円
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
2 訪問看護基本療養費(II)	
イ 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による場合（ハを除く。）	
(1) 週3日目まで	4,300円
(2) 週4日目以降	5,300円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで	3,800円
(2) 週4日目以降	4,800円
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	

る場合	12,850円
3 訪問看護基本療養費(Ⅲ)	8,500円

【注の見直し】

注1 1については、指定訪問看護を受けようとする者（注2に規定する者及び注3に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関の保険医又は介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）の医師に限る。以下同じ。）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、健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）1人につき、訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

注1 1のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者（注3に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）の保険医又は介護保険法第8条第27項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）の医師に限る。以下この区分番号において同じ。）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、健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）1人につき、訪問看護基本療養費(Ⅱ)（ハを除く。）及び区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

【注の削除】

注2 2については、指定訪問看護を受けようと

(削除)

する精神障害を有する者であつて、障害者自立支援法（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若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設に入所している複数のものに対して、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関の保険医に限る。）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保健師、看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る。）が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。

【注の追加】

（追加）

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（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看護ステーションの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

【注の見直し】

注3 3については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、そ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、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、利用者1人につき、訪問看護基本療養費(I)を算定する日と合わせて週3日を限度（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対する場合を除く。）として算定する。

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。

注3 2のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、そ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、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、利用者1人につき、訪問看護基本療養費(I)（ハを除く。）及び区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日を限度（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対する場合を除く。）として算定する。

【注の追加】

(追加)

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の状態にある利用者（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

【注の追加】

(追加)

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。

注5 3については、指定訪問看護を受けようとする者（入院中のものに限る。）であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対し、そ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、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、入院中1回（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である場合にあっては、入院中2回）に限り算定できる。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 指定訪問看護を受けようとする者の主治医

注6 1及び2（いずれもハを除く。）について

(介護老人保健施設の医師を除く。)から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書(以下「特別訪問看護指示書」という。)の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回(別に厚生労働大臣が定める者については、1月に2回)に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

は、指定訪問看護を受けようとする者の主治医(介護老人保健施設の医師を除く。)から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書(以下「特別訪問看護指示書」という。)の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、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、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

【注の見直し】

注5 1及び3については、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又は注4に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額にそれぞれ4,500円又は8,000円を加算する。

注7 1及び2(いずれもハを除く。)については、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又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、所定額にそれぞれ4,500円又は8,000円を加算する。

【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所定額に400円を加算する。

(削除)

【注の見直し】

注8 利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に規定する在宅療養支援診療所又は同表に規定する在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定額に2,650円を加算する。

注9 1及び2（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定額に2,650円を加算する。

【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日を限度として、所定額に5,200円を加算する。

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っては週3日）を限度として、所定額に5,200円を加算する。

【注の見直し】

注10 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日につきそれぞれ所定額に500円を加算する。

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日につきそれぞれ所定額に500円を加算する。

【注の見直し】

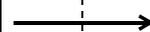
注11 1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行った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った場合

4,300円

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合

3,800円



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

【注の追加】

(追加)



注13 1及び2（いずれもハを除く。）については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。以下同じ。）

【注の見直し】

注12 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合（当該利用者がニの(1)及び(2)並びにホに規定する利用者である場合を除く。）

ニ 次に掲げる利用者が、他の2つ以上の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

(1) 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（ホに規定する利用者を除く。）

(2) 特別訪問看護指示書の交付を受けた訪

に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定額に2,100円を加算し、深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定額に4,200円を加算する。

注14 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護(注2及び注4の場合を除く。)を受けている場合(次に掲げる場合を除く。)

(1) 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が現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(2) 特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているものが現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪

【新設】

問看護ステーションから指定訪問看護を受けている利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているもの
ホ 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であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが、他の3つ以上の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

(新設)

問看護を受けている場合

- (3) 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であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
- (4) 注2又は注4に規定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の指定訪問看護を受けようとする場合

- 01-2 精神科訪問看護基本療養費（1日につき）
- 1 精神科訪問看護基本療養費(I)
 - イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合
 - (1) 週3日目まで 30分以上の場合
5,550円
 - (2) 週3日目まで 30分未満の場合
4,250円
 - (3) 週4日目以降 30分以上の場合
6,550円
 - (4) 週4日目以降 30分未満の場合
5,100円
 - ロ 准看護師による場合
 - (1) 週3日目まで 30分以上の場合
5,050円
 - (2) 週3日目まで 30分未満の場合

	3,870円
(3) 週4日目以降 30分以上の場合	6,050円
(4) 週4日目以降 30分未満の場合	4,720円
2 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)	1,600円
3 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)	
イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合	
(1) 週3日目まで 30分以上の場合	4,300円
(2) 週3日目まで 30分未満の場合	3,300円
(3) 週4日目以降 30分以上の場合	5,300円
(4) 週4日目以降 30分未満の場合	4,060円
ロ 准看護師による場合	
(1) 週3日目まで 30分以上の場合	3,800円
(2) 週3日目まで 30分未満の場合	2,910円
(3) 週4日目以降 30分以上の場合	4,800円
(4) 週4日目以降 30分未満の場合	3,670円
4 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)	8,500円

注1 1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又はその家族等（注2に規定する者及び注3に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（保険医療機関の保険医であって精神科を担当するものに限る。）。以下この区分番号において同じ。）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、看護師、准看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る。以下この区分番号において「保健師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び区分番号01の訪問看護基本療養費（1のハ及び2のハを除く。）を算定する日と合わせて週3日（当該利用者の退院後3月以内の期間において行われる場合は週5日）を限度として算定する。

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、障害者自立支援法（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のに対して、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。

3 3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又はその家族等(注2に規定する者を除く。)であって、同一建物居住者であるものに対して、そ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が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び区分番号01の訪問看護基本療養費(1のハ及び2のハを除く。)を算定する日と合わせて週3日(当該利用者の退院後3月以内の期間において行われる場合は週5日)を限度として算定する。

4 4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(入院中のものに限る。)であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)に対し、そ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が指定訪問看護を行った場合に、入院中1回(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の場合にあっては、入院中2回)に限り算定でき

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。

- 5 1及び3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の主治医から精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該精神科特別訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。
- 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所定額に400円を加算する。
- 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。
- 8 1及び3については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、

精神科緊急訪問看護加算として、1日につき所定額に2,650円を加算する。

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、所定額に5,200円を加算する。

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合
4,300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
3,800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

3,000円

11 1及び3については、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として所定額に2,100円を加算し、深夜に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として所定額に4,200円を加算する。

12 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護（区分番号01の注2及び注4の場合を除く。）を受けている場合（次に掲げる場合を除く。）

(1) 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が現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(2) 精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているものが現

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 7,300円
 - 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）
2,950円
- 注 1月に12日までを限度とする。

に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
 (3) 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であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

【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であって、利用者に対して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を当該利用者の主治医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。

- 1 月の初日の訪問の場合 7,300円
- 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）
2,950円

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であって、利用者に対して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。

【注の見直し】

注3 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、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該基準に定めるところにより、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行い、1月に4日以上指定訪問看護を行った場合には、重症者管理加算として、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。

【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が、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、

注3 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、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該基準に定めるところにより、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行った場合には、特別管理加算として、月に1回を限度として所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。

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

【注の追加】

当該退院又は退所につき1回に限り所定額に6,000円を加算する。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及び注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、当該退院又は退所につき2回に限り加算できる。

(追加)

退院又は退所につき1回に限り所定額に6,000円を加算する。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5 注4に規定する者が注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある場合には、特別管理指導加算として、所定点数に2,000円を更に加算する。

【注の見直し】

注5 退院時共同指導加算は、他の訪問看護ステーションにおいて当該加算を算定している場合（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及び注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者にあつては、当該加算を2回算定している場合）は、算定しない。

注6 退院時共同指導加算は、他の訪問看護ステーションにおいて当該加算を算定している場合（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あつては、当該加算を2回算定している場合）は、算定しない。

【注の見直し】

注6 指定訪問看護を受けようとする者が区分番号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又は注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に該当する場合に、保険医療機関から退

注7 指定訪問看護を受けようとする者が退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院

05 訪問看護ターミナルケア療養費

【注の見直し】

院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。

日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合においては、死亡日又は再入院することになったときに算定する。

注1 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、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は所定額を算定する。

注1 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上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。