

# 介五郎

介護保険版

<医療費請求>

差分マニュアル

Ver. 9.1.0.0

平成 30 年度改正対応版



株式会社インフォ・テック

## 目次

1. はじめに	P. 2
2. 平成 30 年度訪問看護（医療）改正	P. 3
3. 訪問看護医療請求の変更	P. 20
3-1. 療養費明細書の様式変更	P. 20
3-2. 複数名訪問看護加算（看護補助者）の入力	P. 22
3-3. 訪問看護報告書（医療）の様式変更	P. 25
3-4. 【大阪府】福祉医療費助成制度の改正への対応	P. 29

# 1.はじめに

今回リリースいたしました介五郎（介護保険版）「Ver.9.1.0」は、平成 30 年度改正対応への【確定版】となります。Ver9.1.0 を導入していただくことにより、前バージョンにて行っていた機能制限が全て解除され、4 月以降の実績も作成できるようになります。

訪問看護の医療保険請求につきましては、改正にともなって以下の仕様を変更しております。詳細は本マニュアルの該当ページをご参照ください。

## （1）療養費明細書の様式変更

療養費の明細欄以外に、該当する疾病等や情報提供先の記載方法が変わりました。また、退院時共同支援加算と在宅患者連携指導加算を算定する場合は特記事項欄に○を付けるようになりました。

## （2）複数名訪問看護加算で看護補助者が同行した場合の入力方法の注意

複数名訪問看護加算を算定するケースで、看護補助者が同行した場合の請求方法が複雑になりました。「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当するかどうかによって、サービス名を使いわけする必要があります。

## （3）医療訪問看護報告書の様式変更

医療訪問看護報告書に情報提供先を記載するようになりました。

## （4）大阪府福祉医療費助成の改正への対応

大阪府の福祉医療費助成制度が再構築され、療養費明細書に助成公費の情報を記載するようになりました。バージョン 9.1.0.0 ではこのうちの 2 併にあたるケースに対応しました。

（※）3 併のケースは今後のバージョンアップで対応予定です。

## 2. 平成30年度訪問看護（医療）改正

### <訪問看護基本療養費（I）の見直し>

専門の研修を受けた看護師による訪問看護の算定要件を緩和し、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアの研修を受けた看護師による場合も算定可能にする。

専門の研修を受けた看護師（I）		
現行		改正後
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	⇒	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		12,850 円

### <特別地域訪問看護加算の算定要件の見直し>

訪問する利用者の居宅が過疎地域等に所在する場合、訪問看護ステーションが過疎地域等に所在しない場合についても、特別地域訪問看護加算の算定を可能とするよう要件を緩和する。

特別地域訪問看護加算		
現行		改正後
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。	⇒	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。 <u>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</u> <u>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当該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</u> ※ 精神科訪問看護基本療養費についても同様

### <長時間訪問看護加算の算定要件の見直し>

長時間訪問看護加算を週3日まで算定可能な患者の対象に、医療的ケアが必要な児を加える。

長時間訪問看護加算		
現行		改正後
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、5,200円を所定額に加算する。	⇒	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（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。 [算定対象] <input checked="" type="checkbox"/> 15歳未満の超重症児又は準超重症児 <input type="checkbox"/> 15歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

### <乳幼児加算・幼児加算の充実>

乳幼児への訪問看護を推進するために、乳幼児加算及び幼児加算の評価を充実する。

乳幼児加算・幼児加算 ⇒ 乳幼児加算		
現行		改正後
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。	⇒	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 <u>1,500円</u> を所定額に加算する。

### <複数名訪問看護加算の見直し>

複数名訪問看護加算について算定方法を見直し、評価を充実する。また、看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合、利用者の身体的理由においても算定可能となるよう要件を見直す。

1. 複数名による訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。

複数名訪問看護加算		
現行		改正後
<p>※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。</p> <p>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</p> <p>ロ (略)</p> <p>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</p>	⇒	<p>※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。</p> <p>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 4,500円</p> <p>ロ (略)</p> <p>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</p> <p>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。)</p> <p>(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</p>
<p>【別に厚生労働大臣が定める場合】</p> <p>1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であつて、次のいずれかに該当するものに対し、指定訪問看護を行った場合</p> <p>イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者</p> <p>ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者</p> <p>ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者</p>		

2. 看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合の利用者の要件に、利用者の身体的理由を追加する。

複数名訪問看護加算の算定対象		
現行		改正後
<p>[算定対象]</p> <p>1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であつて、次のいずれかに該当するもの</p>	⇒	<p>[算定対象]</p> <p>(1) 訪問看護基本療養費の注12本文に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める1人の看護師等による指定訪問看護が困難</p>

<p>(1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者</p> <p>(2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者</p> <p>(3) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者</p> <p>(4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者</p> <p>(5) その他利用者の状況等から判断して、(1)から(4)のいずれかに準ずると認められる者（看護補助者の場合に限る）</p>	<p>な利用者であって、次のいずれかに該当するもの</p> <p>イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者</p> <p>ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者</p> <p>ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者</p> <p>ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者</p> <p>ホ <u>利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（看護補助者の場合に限る。）</u></p> <p>ヘ <u>その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者（看護補助者の場合に限る。）</u></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### ＜機能強化型訪問看護ステーションの施設基準の見直し＞

地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、介護サービス事業所だけでなく、福祉サービス事業所を併設する等の機能強化型訪問看護ステーションの要件について、見直しを行う。

1. 訪問看護ステーションに特定相談支援事業所等が併設されている場合にも届出が可能となるよう、機能強化型訪問看護ステーションの要件を見直す。

機能強化型訪問看護ステーションの要件		
現行		改正後
<p>[施設基準]</p> <p>介護保険法第8条第24項に規定する居宅介護支援事業を行うことができる体制が整備されていること。</p>	⇒	<p>[施設基準]</p> <p>介護保険法第8条第24項に規定する居宅介護支援事業、<u>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第5条第16項に規定する特定相談支援事業又は児童福祉法第6条の2の2第6項に規定する障害児相談支援事業</u>を行うことができる体制が整備されていること。</p>

2. 訪問看護ステーションが療養通所介護事業所等の指定を受けている事業所を併設している場合、人員の基準を緩和する。

機能強化型訪問看護ステーションの要件		
現行		改正後
<p>[施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみ数とすること。</p>	⇒	<p>[施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみ数とすること。</p> <p><u>ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、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38条に規定する療養通所介護事業所、児童福祉法第6条の2の2第2項に規定する児童発達支援を行う事業所又は児童福祉法第6条の2の2第4項に規定する放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち1人まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。</u></p> <p>※ 機能強化型訪問看護管理療養費2についても同様</p>

### <機能強化型の看取りの実績要件の緩和>

機能強化型在宅療養支援診療所・病院、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準について、看取り等の実績要件に、一定期間の訪問診療等を提供した患者が、あらかじめ患者又はその家族から聴取した意向に基づき、7日以内の入院中に死亡した場合を含めることを可能とする。

訪問看護ターミナルケア療養費		
現行		改正後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費】 [施設基準] イ 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った</p>	⇒	<p><u>イ 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び6月以上の指定訪問看護</u></p>

<p>保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が年に 20 以上。</p>		<p><u>護を行った利用者であって、あらかじめ聴取した利用者・家族の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関の病床で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が年に 20 以上。</u></p>
----------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### <機能強化型訪問看護管理療養費 3 の新設>

地域における訪問看護の提供体制を確保する観点から、医療機関に勤務する看護職員の訪問看護への参画や地域の訪問看護に関わる人材育成等の一定の役割を担う、訪問看護ステーションについて評価する。

機能強化型訪問看護管理療養費 3 【新設】	
機能強化型訪問看護管理療養費 3	8,400 円
<p>[施設基準]</p> <p>次のいずれにも該当するものであること。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が4以上であること。</li> <li>(2) 24 時間対応体制加算を届け出ていること。訪問看護ステーションと同一開設者で同一敷地内に医療機関がある場合は、営業時間外の利用者・家族からの電話等による看護に関する相談への対応は、当該医療機関の看護師が行うことができる。</li> <li>(3) 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する者、別表第八に該当する者又は重症な精神科疾患を有する者が月に 10 人以上いること、若しくは、複数の訪問看護ステーションとで共同して訪問看護を提供する重症な利用者が月に 10 人以上いること。</li> <li>(4) 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。</li> <li>(5) 訪問看護ステーションと人材交流する医療機関以外の保険医療機関との間において行われる退院時共同指導の実績があること。</li> <li>(6) 訪問看護ステーションと同一開設者で同一敷地内に医療機関がある場合は、利用者のうち、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者の割合が1割以上であること。</li> <li>(7) 地域の医療機関の看護職員が訪問看護ステーションにおいて、一定期間勤務する等、訪問看護ステーションと当該医療機関との間での看護職員の相互交流による勤務の実績があること。</li> <li>(8) 地域の医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修を年に2回以上実施していること。</li> <li>(9) 地域の訪問看護ステーションや住民に対する訪問看護に関する情報提供や相談を実施していること。</li> </ol>	

## ＜24 時間対応体制加算・24 時間連絡体制加算の整備＞

利用者が地域で安心して療養生活を送れるよう、訪問看護ステーションによる 24 時間対応体制の内容を明確化し、評価を充実するとともに、24 時間連絡体制の評価を廃止することで、24 時間の対応体制の整備を推進する。

### 1. 24 時間連絡体制加算を廃止し、24 時間対応の評価を 1 本化する。

24 時間対応体制加算・24 時間連絡体制加算	
現行	改正後
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。	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 <u>24 時間の対応体制にある場合</u> （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、 <u>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。</u>
□ 24 時間連絡体制加算 2,500 円	<u>(削除)</u>

### 2. 24 時間対応体制の内容を明確化し、加算の評価を充実する。

24 時間対応体制加算	
現行	改正後
【24 時間対応体制加算】 5,400 円 [算定要件] ア 注 2 のイに規定する 24 時間対応体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合であって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制	【 <u>24 時間対応体制加算</u> 】 <u>6,400 円</u> [算定要件] <u>ア 注 2 に規定する 24 時間対応体制加算は、必要時の緊急時訪問に加えて、営業時間外における利用者や家族等との電話連絡及び利用者や家族への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応やその体制整備を評価するものである。</u> <u>イ 24 時間対応体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあ</u>

<p>にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算すること。</p>		<p>る場合であって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるものとして地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算すること。</p>
----------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### <退院時共同指導加算の見直し>

退院に向けた医療機関等と訪問看護ステーションの退院時共同指導の評価を充実する。また、連携に関する評価において、特別の関係にある医療機関等と訪問看護ステーションが連携する場合も算定できるように見直す。

退院時共同指導加算		
現行		改正後
<p>(退院又は退所につき1回に限り) 6,000円</p> <p>[算定要件] 訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関又は介護老人保健施設において行われた退院時共同指導については、所定額は算定しないこと。</p>	⇒	<p>(退院又は退所につき1回に限り) 8,000円</p> <p>[算定要件] (削除)</p> <p>※在宅患者連携指導加算(訪問看護管理療養費)及び在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護管理療養費)の算定要件についても同様。</p>

### <複数の実施主体による訪問看護の連携強化>

1人の利用者に対し、複数の実施主体から訪問看護が行われている場合に、訪問看護の目標や計画等の共有を行うことを明示する。

訪問看護管理療養費		
現行		改正後
<p>[算定要件] (略)</p> <p>1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステ</p>	⇒	<p>[算定要件] (略)</p> <p>1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションや保険医療機関において指定訪問看護及び管理を行う場合は、訪問看護ステーション間及</p>

ーション間において十分に連携を図ること。	び訪問看護ステーション・保険医療機関間において十分に連携を図ること。具体的には、指定訪問看護の実施による利用者の目標の設定、計画の立案、指定訪問看護の実施状況及び評価を共有すること。
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

### ＜在宅患者連携指導加算・在宅患者緊急時等カンファレンス加算の算定要件の見直し＞

複数の実施主体で行われる効果的な訪問看護を推進するため、複数の訪問看護ステーションと関係機関との連携に関する加算について、見直しを行う。

具体的には、在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算について、連携している複数の訪問看護ステーションそれぞれで算定可能とする。

#### 在宅患者連携指導加算

現行	改正後
<p>[算定要件]</p> <p>在宅患者連携指導加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、在宅患者連携指導加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから在宅患者連携指導加算に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。</p>	<p>[算定要件]</p> <p><u>(削除)</u></p>

#### 在宅患者緊急時等カンファレンス加算

現行	改正後
<p>[算定要件]</p> <p>関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した利用者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が当該利用者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定すること。</p> <p>なお、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者に対して、複数の訪問看護ステーションが指導を行った場合は、合わせて2回まで算定できること。(同一回のカンファレンス</p>	<p>[算定要件]</p> <p>関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した利用者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が当該利用者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定すること。</p> <p><u>なお、複数の訪問看護ステーションのみが参加しカンファレンスを行った場合は、所定額は算定しないこと。</u></p> <p>また、当該カンファレンスは、原則利用者の居</p>

<p>に複数の訪問看護ステーションが参加した場合は、1つの訪問看護ステーションのみ算定できること。)</p> <p>また、当該カンファレンスは、原則利用者の居住する場で行うこととするが、利用者又は家族が利用者の居住する場以外の場所でのカンファレンスを希望場合はこの限りではない。</p>	<p>住する場で行うこととするが、利用者又は家族が利用者の居住する場以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

### <看護・介護職員連携強化加算の新設>

喀痰吸引等の医療が継続的に必要な者が在宅で療養生活を継続することができるよう、医師の指示の下、介護職員等が喀痰吸引等を実施している場合について、訪問看護ステーションが喀痰吸引等の業務を行う介護職員等の支援を行った場合の連携に関する評価を設ける。

看護・介護職員連携強化加算【新設】	
看護・介護職員連携強化加算	2,500円
<p>[算定対象]</p> <p>口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養（以下「喀痰吸引等」という。）を必要とする者</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする利用者に対して、訪問看護ステーションの看護職員が、喀痰吸引等を行う介護職員等に対し、利用者の病態の変化に応じて、医師の指示の下、以下について支援・連携した場合に算定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言</li> <li>・ 介護職員等と同行し、利用者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況について確認</li> <li>・ 利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席</li> </ul> <p>(2) 当該加算は、(1)の介護職員等と同行訪問を実施した日又は会議に出席した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。</p> <p>(3) 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定可能であること。</p> <p>(4) 当該加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できる。</p>	

### <訪問看護情報提供療養費の見直しと加算名変更>

訪問看護ステーションの利用者に関わる地域の関係機関との連携を推進するため、自治体への情報提供について利用者の状態等に基づき、要件を見直す。

訪問看護情報提供療養費 ⇒ 訪問看護情報提供療養費 1	
現行	改正後
<p>訪問看護情報提供療養費</p> <p>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回に限り算定する。</p> <p>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。</p>	<p>⇒</p> <p>訪問看護情報提供療養費 1</p> <p><u>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。）及び都道府県（以下「市町村等」という。）に対して、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、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。</u></p> <p>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。</p> <p>[算定対象]</p> <p><u>イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者</u></p> <p><u>ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者</u></p> <p><u>ハ 精神障害を有する者又はその家族等</u></p>

### <訪問看護情報提供療養費 2 の新設>

医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護に係る情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

訪問看護情報提供療養費 2【新設】	
訪問看護情報提供療養費 2	1,500 円
[算定対象]	
訪問看護ステーションに対し、学校より指定訪問看護に関する情報提供が必要であるとの求めがあ	

った利用者で次のいずれかに該当するもの

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の 15 歳未満の小児
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる 15 歳未満の小児
- (3) 15 歳未満の超重症児又は準超重症児

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、小学校又は中学校に入学や転学時等の当該学校に初めて在籍する利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、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。

他の訪問看護ステーションにおいて、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。

### <情報提供療養費 3 の新設>

患者が医療機関等に入院又は入所するにあたり、主治医が訪問看護ステーションから提供された情報を併せて入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う場合の評価及び訪問看護ステーションにおける情報提供の評価を設ける。

#### 訪問看護情報提供療養費 3 【新設】

訪問看護情報提供療養費 3      1,500 円

[算定要件]

保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下、「保険医療機関等」という。）に入院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あたって、訪問看護ステーションが、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。

### <訪問看護ターミナルケア療養費の評価>

訪問診療・訪問看護のターミナルケアに関連する報酬の算定要件において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応の追加等を行い、患者やその家族の希望に応じた看取りを推進する。

訪問看護ターミナルケア療養費	
現行	改正後
<p>訪問看護ターミナルケア療養費 20,000 円</p> <p>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上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。</p> <p>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。</p>	<p>1 訪問看護ターミナルケア療養費 1 25,000 円</p> <p>2 訪問看護ターミナルケア療養費 2 10,000 円</p> <p>1 1 については、<u>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（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</u>を除き、<u>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む。）</u>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。</p> <p>2 2 については、<u>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（看取り介護加算等を算定している利用者</u>に限り、<u>ターミナルケアを行った</u></p>

		<p>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に算定する。</p> <p>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。</p>
<p>[算定要件] 訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。</p>	<p>⇒</p>	<p>[算定要件] 訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。</p> <p>ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療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、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。</p>

### <【精神科】精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）の廃止>

個々の患者のニーズに応じた訪問看護を推進する観点から、障害福祉施設に入所中の精神障害を有する複数の者へ同時に指定訪問看護を実施した際に算定する精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）を廃止し、利用者の疾患や環境など、個別の状況に対応した効果的な精神科訪問看護が提供されることを推進する。

複数名訪問看護加算の算定対象		
現行		改正後
精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ） 1,600 円	⇒	<u>廃止</u>

## <【精神科】複数名精神科訪問看護加算の見直し>

複数名訪問看護加算について算定方法を見直し、評価を充実する。また、看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合、利用者の身体的理由においても算定可能となるよう要件を見直す。

### 1. 複数名による精神科訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。

複数名訪問看護加算の算定対象	
現行	改正後
※八の場合にあつては、週1回を限度として算定する。	※八の場合にあつては、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	イ <u>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</u> (1) 1日に1回の場合 4,500円 (2) 1日に2回の場合 9,000円 (3) 1日に3回以上の場合 14,500円
□ 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准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円	□ <u>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准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合</u> (1) 1日に1回の場合 3,800円 (2) 1日に2回の場合 7,600円 (3) 1日に3回以上の場合 12,400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他の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 (略)

### 2. 看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合の利用者の要件に、利用者の身体的理由を追加する。

複数名訪問看護加算の算定対象	
現行	改正後
[算定対象] 1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であつて、次のいずれかに該当するもの (1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者 (2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 (3) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護	[算定対象] (1) 訪問看護基本療養費の注12本文に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であつて、次のいずれかに該当するもの イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 □ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる

<p>護を受けている者</p> <p>(4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者</p> <p>(5) その他利用者の状況等から判断して、(1)から(4)のいずれかに準ずると認められる者（看護補助者の場合に限る）</p>	<p>者</p> <p>ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者</p> <p>ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者</p> <p>ホ <u>利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（看護補助者の場合に限る。）</u></p> <p>ハ <u>その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者（看護補助者の場合に限る。）</u></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<【精神科】精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の見直しと加算名変更>

在宅で療養する重症な精神疾患患者を支援するため、精神科重症患者早期集中支援管理料の見直しを踏まえ、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の算定区分を見直し、加算の名称を変更するとともに、評価を充実する。

精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 ⇒ 精神科重症患者支援管理連携加算	
現行	改正後
<p>精神科重症患者早期集中支援管理連携加算</p> <p>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。</p>	<p>⇒</p> <p>精神科重症患者支援管理連携加算</p> <p>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（<u>医科点数表第2章第8部区分番号1016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。</u>）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、<u>精神科重症患者支援管理連携加算</u>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。</p> <p><u>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指定訪問看護を行う場合</u></p> <p style="text-align: right;">8,400円</p>

<p><u>(新設)</u></p>		<p>□ <u>精神科在宅患者支援管理料2の口を算定する利用者に定期的な指定訪問看護を行う場合</u></p> <p style="text-align: right;">5,800円</p>
--------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------

# 3.訪問看護医療請求の変更

## 3-1.療養費明細書の様式変更

今回の改正で、療養費明細書の記載様式が変わりました。それにあわせて医療看護入力の利用者状況画面の入力項目を変更しました。

また今回の変更で「該当する疾病等」の欄に疾病等のコード番号を入力することになりました。入力するコードの一覧表をP.22に記載しています。

<医療看護入力「利用者状況」タブ>



各設定項目（追加・変更した項目）

項目名	説明
該当する疾病等	利用者の状況が別表第7・第8の状態に該当する場合、その該当する疾病等のコードを入力します。（P.22『該当する疾病等』のコード一覧表参照）
情報提供先	情報提供療養費を算定する場合に、情報提供先の種類のチェックを入れて、機関名を入力します。平成30年3月までは提出先は市区町村等しかありませんでしたが、平成30年4月以降は義務教育諸学校と保健医療機関等も対象になります。
退支	退院支援指導加算を算定し、かつ利用者が退院日の翌日以降の初回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、このチェックを入れます。また、療養費明細書の特記事項欄に死亡日又は再入院日を併せて記載する必要があります。（※）
連	看護・介護職員連携強化加算を算定する場合にチェックを入れます。また、療養費明細書の特記事項欄に介護職員等と同行訪問した日を併せて記載する必要があります。（※）

（※）本バージョンでは、日付を手書き記入していただく必要があります。



## 『該当する疾病等』のコード一覧表

コード	疾病、状態等
別表7	
01	末期の悪性腫瘍
02	多発性硬化症
03	重症筋無力症
04	スモン
05	筋萎縮性側索硬化症
06	脊髄小脳変性症
07	ハンチントン病
08	進行性筋ジストロフィー症
09	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、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3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。）
10	多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
11	プリオン病
12	亜急性硬化性全脳炎
13	ライソゾーム病
14	副腎白質ジストロフィー
15	脊髄性筋萎縮症
16	球脊髄性筋萎縮症
17	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
18	後天性免疫不全症候群
19	頸髄損傷
20	人工呼吸器を使用している状態の者
別表8	
41	在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者
42	在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
43	気管カニューレを使用している状態にある者
44	留置カテーテルを使用している状態にある者
45	在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者
46	在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
47	在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
48	在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
49	在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
50	在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
51	在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
52	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
53	在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
54	在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
55	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
56	真皮を越える褥瘡の状態にある者
57	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
他	
91	超重症児
92	準超重症児

### 3-2.複数名訪問看護加算（看護補助者）の入力

今回の改正により、複数名訪問看護で看護補助者が同行した場合の算定方法が変更されました。これにより、医療看護入力で2人目の同行者に看護補助者を入力する際に、下記複数名訪問看護加算の要件の「(ハ)」に該当するか「(二)」に該当するか、使いわけていただく必要があります。

【複数名訪問看護加算の算定要件】
※イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週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 4,500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
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
二 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
【別に厚生労働大臣が定める場合】
1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するものに対し、指定訪問看護を行った場合
イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

#### POINT!

利用者の状況が「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当していない場合は「ハ」、該当する場合は「二」になります。

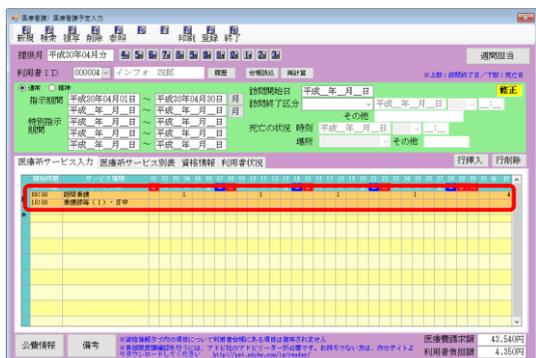
## ＜医療看護予定入力での複数名訪問看護（看護補助者）の入力＞



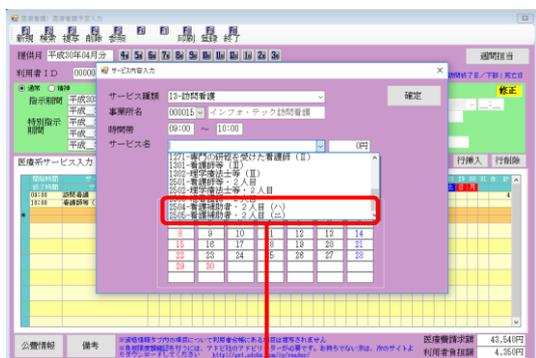
① メインメニューの「医療看護予定入力」をクリックします。



② 入力したい提供月・利用者を選択します。



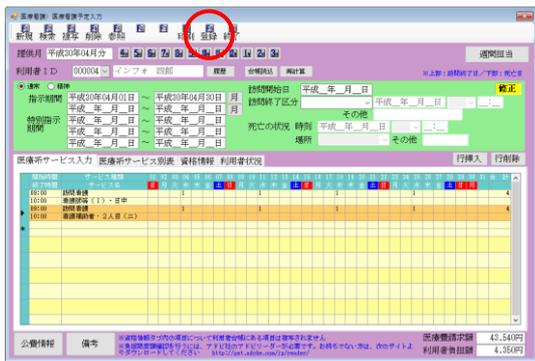
③ 通常の入力手順で 1 人目の看護師等の予定を入力します。



④ 次の行に 2 人目の同行者の予定を入力します。

このときサービス名には「看護補助者・2人目 (ハ)」と「看護補助者・2人目 (ニ)」が表示されるので、該当するほうを選択します。





⑤ すべての予定を入力したら **F9 登録** をクリックします。



⑥ この予定を **医療看護実績入力** に取り込むと、2人目の分は「複数名訪問看護加算」に変換されて取り込まれます。

**注意!**

**【看護補助者（二）が同日に複数回訪問した場合の実績について】**

（二）に該当する場合に看護補助者が一日に複数回訪問した場合、2回訪問した場合と3回以上訪問した場合で報酬額が変わります。介五郎では実績への取込時に一日の訪問回数を判定していますが、何回分として計算されているか確認したい場合は、実績入力画面から印刷できる「療養費明細確認表」をご参照ください。

**【療養費明細確認表での記載】**

療養費明細確認表

利用者名 00004 インフォ 四郎 提供月 平成30年04月分

【明細情報】

No	内容	単価	回数	合計	提供日
1	基本療養費（1）看護師等（週3日まで）	5,550	4	22,200	4 11 18 25
2	難病等複数回訪問加算（2回）	4,500	4	18,000	4 11 18 25
3	複数名訪問看護加算（看護補助者 二）2回	6,000	4	24,000	4 11 18 25
4	管理療養費（初回）	7,400	1	7,400	4
5	管理療養費（2回目以降）	2,980	3	8,940	4 11 18 25
6	特別管理加算（1）		1	5,000	

複数名訪問看護加算（看護補助者 二）2回	6,000	4	24,000
----------------------	-------	---	--------

※ この場合は同日に2回訪問したため、1日あたり6000円で計算されています。

### 3-3.訪問看護報告書（医療）の様式変更

今回の改正で、医療保険用の訪問看護報告書の様式が見直され、情報提供先の機関名と提供日を記載するようになりました。情報提供療養費を算定する場合は、記載が必要になります。

情報提供先と言えばこれまでは市町村や保健所でしたが、改正後は義務教育諸学校や保健医療機関等に提出することもあります。

<訪問看護報告書入力ー医療訪問看護報告書>

「衛生材料等について/特記」タブ

各設定項目

項目名	説明
訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先	情報提供先の機関名（市町村等／義務教育諸学校／保健医療機関等）を入力します。
情報提供日	情報提供を行った日付を入力します。

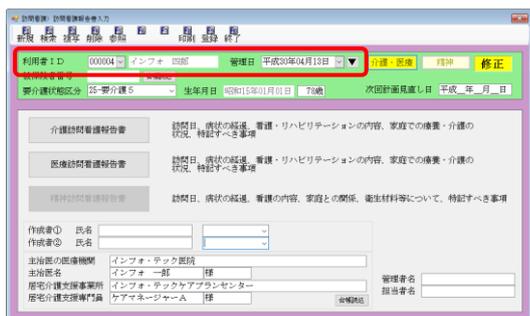
## < 情報提供先の入力 >



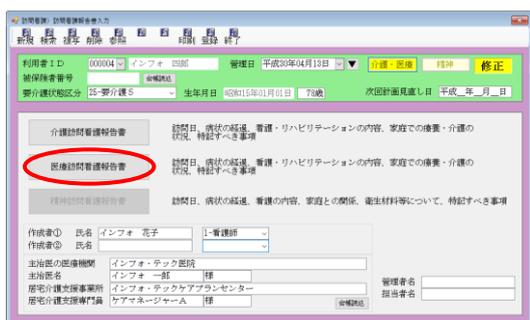
- ① メインメニューの「訪問看護計画書」をクリックします。



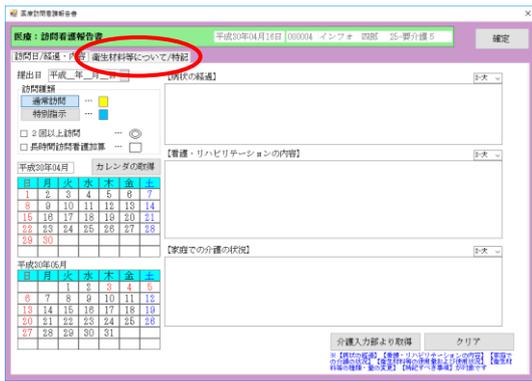
- ② サブメニューの「訪問看護報告書」をクリックします。



- ③ 作成したい利用者・管理日を選択します。



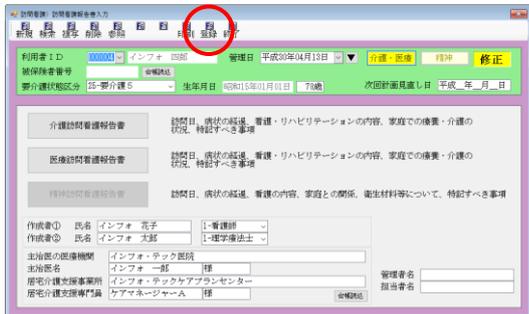
- ④ 「医療訪問看護報告書」をクリックします。



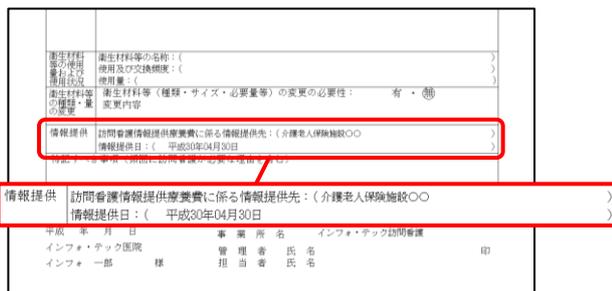
⑤ 「衛生材料等について／特記」タブをクリックして画面を切り替えます。



⑥ 「訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先」「情報提供日」を入力します。



⑦ その他の項目を入力し、**F9登録**をクリックして登録します。



• 報告書を印刷すると、情報提供欄に入力内容が記載されます。

【訪問看護報告書（医療）】

⑤ 訪問看護報告書 訪問看護報告書		管理日 平成30年04月16日												
別紙様式2														
患者氏名	インフォ 四郎 様	生年月日 明・大・ <u>昭</u> ・平 15年01月01日 (78歳)												
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 <u>5</u> )													
住 所	〒													
訪 問 日	平成30年04月							平成30年05月						
	1	2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	12
	8	9	10	11	12	13	14	13	14	15	16	17	18	19
	15	16	17	18	19	20	21	20	21	22	23	24	25	26
	22	23	24	25	26	27	28	27	28	29	30	31		
	29	30												
<p>訪問日を○で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した場合は△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日は◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。</p> <p>なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>														
病状の経過														
看護・リハビリテーションの内容														
家庭での介護の状況														
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称：( ) 使用及び交換頻度：( ) 使用量：( )													
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等（種類・サイズ・必要量等）の変更の必要性： 有・ <u>無</u> 変更内容													
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先：(介護老人保険施設○○)													
	情報提供日：(平成30年04月30日)													
特記すべき事項（頻回に訪問看護が必要な理由を言む）														
<p>上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。</p> <p>平成 年 月 日 事業所名 インフォ・テック訪問看護</p> <p>インフォ・テック医院 管理者 氏名 印</p> <p>インフォ 一郎 様 担当者 氏名</p>														

項目追加

### 3-4. 【大阪府】 福祉医療費助成制度の改正への対応

**注意！**

**【大阪府内の訪問看護ステーション様のみが対象です！】**

この項目は、大阪府内に所在する訪問看護ステーション様が大阪府内の居住者にサービス提供する場合を対象にしています。他の都道府県の居住者にサービス提供する場合は対象となりませんので、ご注意ください。

(※ただし、大阪府内の居住者が大阪府以外の医療機関で医療を受けた場合は、医療機関の窓口で一旦医療費を支払い、後日市区町村窓口で領収書等を添えて申請すると一部自己負担額を除いた医療費が返還されます。)

平成 30 年 4 月より大阪府の福祉医療費助成制度が再構築され、助成の対象や負担額の計算方法が変わり、訪問看護ステーションで適用できる助成が増えました。

また、事務処理方法も変わり、これまで訪問看護ステーションの療養費明細書に福祉医療費助成の公費情報を記載する必要はありませんでしたが、平成 30 年 4 月提供分から明細書に記載することになります。介五郎でも下記説明をお読みのうえ、公費情報を入力してください。

＜平成 30 年 4 月からの大阪府福祉医療費助成制度＞

法別番号	区分	1日あたりの負担額	1医療機関あたりの 上限日数	月額上限額
80	身体障がい者及び 知的障がい者医療	ひとつの医療機関・訪問看護 ステーションあたり 1日 500円以内	なし	3,000円
87 88 89 90	老人医療（※）			
82	ひとり親家庭医療		あり（月2日まで）	2,500円
86	乳幼児医療			

※平成 30 年 3 月 31 日時点で老人医療対象の方のうち、重度障がい者医療、ひとり親家庭医療の対象とならない方は、平成 30 年 4 月 1 日以降助成対象外となりますが、経過措置として平成 33 年 3 月 31 日まで引き続き助成対象となります（毎年更新が必要）。

<利用者台帳－看護情報>

公費情報欄で選択できる公費に福祉医療費助成の区分を追加しています。

The screenshot shows the '利用者台帳' (User Register) application window. The '看護情報' (Nursing Information) tab is active. The '公費情報' (Public Fee Information) section is highlighted with a red box. It contains a dropdown menu with '88-(助)老人医療' selected, and input fields for '負担者番号' (00000000), '受給者番号' (00000000), and '認定開始日/終了日' (平成30年01月01日). Below this, there are fields for '生保本人負担' (0円) and '自己負担区分' (1-負担あり), along with a '自己負担上限額' (3,000円). The '履歴' (History) button is visible next to the insurance type dropdown.

各設定項目 ※追加した項目のみ

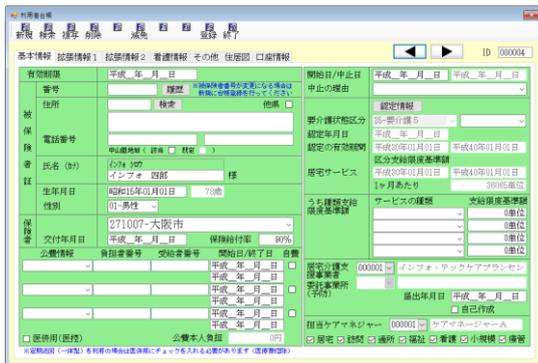
項目名	説明
80-(助) 障害者医療	障がい者医療助成を適用する場合に選択します。
88-(助) 老人医療難病	法別番号 88 (難病) の老人医療助成を適用する場合に選択します。
89-(助) 老人医療結核	法別番号 89 (結核患者) の老人医療助成を適用する場合に選択します。
90-(助) 老人精神通院	法別番号 90 (精神障がい者) の老人医療助成を適用する場合に選択します。
82-(助) ひとり親家庭医療	ひとり親家庭医療助成を適用する場合に選択します。
86-(助) 子ども医療	乳幼児医療助成を適用する場合に選択します。

## <利用者台帳の入力>

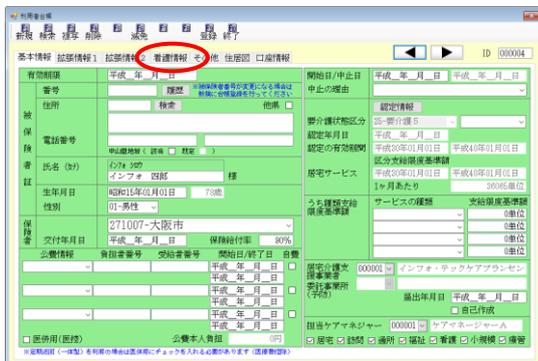
最初に利用者台帳で公費情報を登録します。



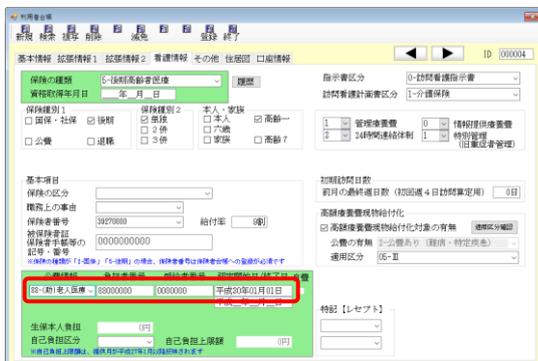
- ① メインメニューの「利用者台帳」をクリックします。



- ② 入力したい利用者を選び出します。



- ③ 「看護情報」タブをクリックして、看護情報入力画面に切り替えます。



- ④ 「公費情報」欄で該当する助成区分を選択し、医療症記載の負担者番号・受給者番号・認定開始日を入力します。

(例)「88- (助) 老人医療難病」を選択

⑤ 自己負担区分を「1-自己負担あり」にします。

⑥ 自己負担上限額欄に1月当たりの負担上限額 (=3000円) を入力します。

⑦ そのほか必要事項を入力し、F9登録をクリックして登録します。

## <医療看護実績入力での自己負担額の調整>

利用者の自己負担額は1日あたり最大500円、1月あたり最大3000円と上限が設けられています。実績の自己負担額が上限額に達している場合は調整不要ですが、利用日数が少なく自己負担額が上限額未満になる場合は、下記手順で調整してください。



① メインメニューの「医療看護実績入力」をクリックします。



② 提供月・利用者を選択します。



③ 「医療系サービス別表」タブをクリックして別表画面を開きます。



④ 「公費自己負担額」欄の金額を調整してください。

(例) 月に4日しか利用しなかった場合  
 1日あたり500円×4日=2000円  
 →3000円を2000円に調整



- ⑤ その他の必要事項を入力し、**F9 登録**をクリックして登録してください。

項目	単位数	単価	金額	項目	単位数	単価	金額
① 療養費 (A)	1	7,400円	7,400円	① 療養費 (A)	1	7,400円	7,400円
② 療養費 (B)	1	2,800円	2,800円	② 療養費 (B)	1	2,800円	2,800円
③ 療養費 (C)	3	4,800円	14,400円	③ 療養費 (C)	3	4,800円	14,400円
④ 療養費 (D)	1	5,000円	5,000円	④ 療養費 (D)	1	5,000円	5,000円
⑤ 療養費 (E)	1	0円	0円	⑤ 療養費 (E)	1	0円	0円
⑥ 療養費 (F)	1	0円	0円	⑥ 療養費 (F)	1	0円	0円
⑦ 療養費 (G)	1	0円	0円	⑦ 療養費 (G)	1	0円	0円
⑧ 療養費 (H)	1	0円	0円	⑧ 療養費 (H)	1	0円	0円
⑨ 療養費 (I)	1	0円	0円	⑨ 療養費 (I)	1	0円	0円
⑩ 療養費 (J)	1	0円	0円	⑩ 療養費 (J)	1	0円	0円
⑪ 療養費 (K)	1	0円	0円	⑪ 療養費 (K)	1	0円	0円
⑫ 療養費 (L)	1	0円	0円	⑫ 療養費 (L)	1	0円	0円
⑬ 療養費 (M)	1	0円	0円	⑬ 療養費 (M)	1	0円	0円
⑭ 療養費 (N)	1	0円	0円	⑭ 療養費 (N)	1	0円	0円
⑮ 療養費 (O)	1	0円	0円	⑮ 療養費 (O)	1	0円	0円
⑯ 療養費 (P)	1	0円	0円	⑯ 療養費 (P)	1	0円	0円
⑰ 療養費 (Q)	1	0円	0円	⑰ 療養費 (Q)	1	0円	0円
⑱ 療養費 (R)	1	0円	0円	⑱ 療養費 (R)	1	0円	0円
⑲ 療養費 (S)	1	0円	0円	⑲ 療養費 (S)	1	0円	0円
⑳ 療養費 (T)	1	0円	0円	⑳ 療養費 (T)	1	0円	0円
㉑ 療養費 (U)	1	0円	0円	㉑ 療養費 (U)	1	0円	0円
㉒ 療養費 (V)	1	0円	0円	㉒ 療養費 (V)	1	0円	0円
㉓ 療養費 (W)	1	0円	0円	㉓ 療養費 (W)	1	0円	0円
㉔ 療養費 (X)	1	0円	0円	㉔ 療養費 (X)	1	0円	0円
㉕ 療養費 (Y)	1	0円	0円	㉕ 療養費 (Y)	1	0円	0円
㉖ 療養費 (Z)	1	0円	0円	㉖ 療養費 (Z)	1	0円	0円
合計			50,840円	合計			50,840円
利用者負担			2,000円	利用者負担			2,000円
公費負担			48,840円	公費負担			48,840円

- 療養費明細書を作成すると、合計欄の公費①の負担金額にが反映されます。



**注意!**

**【バージョン9.1.0.0は3併に未対応です】**

以上の手順は保険証+福祉医療費助成(=2併)の組み合わせの説明です。この2つに加えて指定難病医療費助成などの国公費を併用する場合(=3併)については、誠に申し訳ございませんが、今回のバージョンでは対応しておりません。後日バージョンアップにて3併にも対応する予定ではございますが、それまでの間は下記手順にて手書き修正していただくようお願いいたします。

手書き修正の方法がご不明な場合は、お手数ですが、弊社までお問い合わせください。

**(3併) 国公費と福祉医療費助成の併用の記載方法**

＜利用者台帳＞

The screenshot shows a web interface for user accounts. In the 'Insurance Type' section, 'Insurance Type 2' is set to '3併' (3 combined). In the 'Public Fee Information' section, '54-難病' (54-Difficult Disease) is selected as the public fee type, with a payer number and recipient number entered.

利用者台帳の「看護情報」タブ  
「保険種別2」は「3併」を選択します。

「公費情報」にて国公費(例:54-難病)  
を選択し、負担者番号、受給者番号及び、  
認定開始日を入力します。

＜明細書＞ 例：難病公費併用

The screenshot shows a detailed medical fee statement for April 2020. It includes a header with '訪問看護療養費明細書' (Home Nursing Care Fee Statement) and '平成30年04月分' (April 2020). The statement lists public fee (公費①) for '54-難病' and welfare medical fee assistance (公費②) for '80- (助) 障害者医療' (80- (Assistance) Disabled Person Medical Care). The insurance type is marked as '3併' (3 combined).

国公費との併用の場合  
公費①に国公費(例:54-難病)  
公費②に福祉医療費助成(例:80-(助)障害者医療)を記載(※1)

(※1) 公費②に福祉医療費助成の公費負担者番号②、公費負担医療受給者番号②を手書きします。

<54-難病において、他で徴収がなかった場合>

合 計	保険	請求	円	※	決定	円	負担金額	14,000	円	※高額療養費	
	①公費		161,330				減額	額(円)免除・支払い猶予		円	備考
	②公費							5,000	円	※公費負担金額	
								3,000	円	※公費負担金額	

保険：一般の場合（14000）  
 公費①：54-難病の自己負担額（5000）  
 公費②：80-障害者医療の自己負担額（3000）（※2）

（※2）合計欄の公費②の負担金額欄に3000と手書きします。

<54-難病において、他で全額徴収があった場合>

合 計	保険	請求	円	※	決定	円	負担金額	14,000	円	※高額療養費	
	①公費		161,330				減額	額(円)免除・支払い猶予	0	円	備考
	②公費							0	円	※公費負担金額	

保険：一般の場合（14000）  
 公費①：54-難病の自己負担額（0）  
 公費②：80-障害者医療の自己負担額（0）（※3）

（※3）合計欄の公費②の負担金額欄に0と手書きします。

※注 一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る旧対象額を負担金額の上段に（ ）で再掲する。上段は公費①下段は公費②に関するもの。

合 計	保険	請求	円	※	決定	円	負担金額	(14,000) (5,000)	円	※高額療養費	
	①公費		174,360				減額	額(円)免除・支払い猶予	14,000	円	備考
	②公費							5,000	円	※公費負担金額	
								3,000	円	※公費負担金額	

上段（14,000）＝9,000円（54-難病負担額）＋2,000円（80-障害者医療負担額）

下段（5,000）＝2,000円（80-障害者医療負担額）＋3,000円（80-障害者医療利用者負担額）



**発行：株式会社インフォ・テック**

〒537-0025

大阪府大阪市東成区中道3丁目15番16号 毎日東ビル2F

(TEL) 06-6975-5655 (FAX) 06-6975-5656

**<http://www.info-tec.ne.jp/>**