

訪問看護に関連する診療報酬について

ここに記載してある内容は、法令からの抜粋・要約です。
詳細は『**医科点数表**』でご確認ください。

1. 訪問看護指示料・精神科訪問看護指示料 300点

在宅で療養を行っている通院が困難な患者の主治医が診療に基づいて、訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合に算定できます。算定は患者1人につき月1回に限られます。有効期間については主治医が6ヶ月以内の月日を記載しますが、患者の病状等に応じてその期間は変更できます。

2. 特別訪問看護指示加算 100点

患者の主治医が診療に基づいて、病状の急性増悪・退院直後や終末期などにより、一時的に週4回以上の頻回な訪問看護の必要性を認め、その旨を記載した特別訪問看護指示書を訪問看護ステーションに交付した場合に、特別訪問看護指示加算を算定することができます。この加算は月1回に限って算定できます。ただし、厚生労働大臣が定める者（「気管カニューレを使用している状態にある者」「真皮を越える褥瘡の状態にある者（P21 参照）」）については、月2回算定できます。

3. 衛生材料等提供加算 80点

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に月1回算定できます。

※ 在宅療養指導管理料等を算定している場合には、当該管理料に包括されます。

4. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100点

在宅で療養を行っている通院困難な患者の主治医が、診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに在宅患者訪問点滴注射指示書（訪問看護・特別訪問看護指示書と共通様式）に指示期間（診療日から7日以内に限る）と指示内容を記載して指示を行った場合に算定できます。

1週間のうち、3日以上点滴注射を実施した場合に3日目に60点を、週1回にかぎり保険医療機関が算定します。この場合、保険医療機関は点滴注射と併せて使用する薬剤・回路など必要十分な保険医療材料や衛生材料を供与する必要があり、薬剤以外の費用がこの指導料に含まれます。

5. 在宅患者連携指導料 900点

訪問診療を実施している保険医療機関が患者の同意を得て訪問看護ステーション

などの医療関係職種間で文書等により情報を共有し、その情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に算定できます。情報共有は月2回以上文書等（電子メール、ファックスでも可）で行い、月1回に限り算定できます。ただし、特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交換した場合は算定できません。

注：訪問看護指示書を出している訪問看護ステーションとの情報共有の場合は算定できません（H20.3.28 医療課事務連絡）

6. 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

訪問診療を実施している保険医療機関が在宅療養を行っている患者の状態の急変等に伴い、当該保険医又は当該患者の在宅医療を担う保険医療機関の保険医の求めにより歯科医師等、薬剤師、訪問看護師等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を行い、又は参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定できます。ただし、特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できません。

注：患者・家族が希望する場合は患家以外の場所でも算定は可能です

注：訪問看護指示書を出している訪問看護ステーションと2者でカンファレンスを行った場合も算定できます（H20.3.28 医療課事務連絡）

7. 退院時共同指導料

入院中の患者が退院するに当たり、入院中の医療機関の保険医（看護師等）と退院後に在宅療養を担う医療機関の保険医（看護師等）及び訪問看護ステーションの看護師等が、共同して居宅における療養上必要な指導を行った場合、入院中1回に限り算定できます。ただし、「厚生労働大臣が定める疾病等」の患者については入院中2回に限り算定できます。 ※介護老人保健施設も同様

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
退院時共同指導料1 (紹介元の医療機関が算定)	1,000点	600点
退院時共同指導料2 (入院先の病院が算定)	300点+加算(下記①又は②) ①保険医同士の共同指導の場合 300点加算 ②退院後の保険医療機関の医師(看護師等)、歯科医師(歯科衛生士)、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員などの内、3者以上と共同指導の場合 2,000点加算	
特別管理指導加算	厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態にある者 200点	

8. 在宅がん医療総合診療料

末期の悪性腫瘍の患者に対して、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、総合的な在宅医療計画を策定し、訪問診療または訪問看護を週4日以上（週1回以上の訪問診療を含めて週4回以上の訪問診療及び訪問看護）行った場合に、1週間を単位として在宅療養支援診療所が、在宅がん医療総合診療料（1日につき）を算定できるものです。

在宅がん医療総合診療料の算定要件となっている訪問看護は、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院と連携を有する訪問看護ステーションと共同で行うことが認められていますが、訪問看護に要する費用は在宅がん医療総合診療料に含まれているため、訪問看護ステーションから訪問看護療養費を請求することはできません。

したがって、診療報酬は在宅療養支援診療所が在宅がん医療総合診療料を請求し、訪問看護に要した費用は訪問看護ステーションが在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に請求し、支払いを受けることとなります。

但し、この場合の交通費は実費であり、在宅療養支援診療所（病院）、訪問看護ステーションそれぞれが請求する事ができます。

1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合

①病床を有する場合

院外処方箋を交付する場合：1,800点

処方箋を交付しない場合：2,000点

②病床を有しない場合

処方箋を交付する場合：1,650点

処方箋を交付しない場合：1,850点

2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1）に規定するものを除く）

処方箋を交付する場合：1,495点

処方箋を交付しない場合：1,685点

9. 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1.050点

在宅において療養を行う寝たきり又はこれに準ずる状態の患者が、在宅において患者自ら、又は家族等が処置を行うにあたり、医師が居宅を訪問して処置に関する指導管理を行った場合に、1月に1回を限度として算定するものです。

これらの処置に必要なカテーテル等の費用は、特定保険医療材料料として医療機関が別途算定できるようになっており、またそれ以外の衛生材料、消毒液、カテーテル等は当該点数に含まれているため、これらの処置に要する衛生材料等は医療機関が提供することになっています。（以下、通知参照）

在宅医療に係る衛生材料等の取扱いについて（通知）

（平 15.3.31 保医発 0331014）

標記については、「診療報酬点数表（平成 6 年 3 月厚生省告示第 54 号）及び老人診療報酬点数表（平成 6 年 3 月厚生省告示第 72 号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（保医発第 0308001 号）及び「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成 12 年 11 月 10 日保険発第 186 号）により取扱われているところであるが、今般、下記について関係者に対し改めて周知徹底を図られたい。

記

在宅療養指導管理料は必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定することとなっており、保険医療機関は訪問看護ステーションとの連携等により在宅医療に必要な衛生材料等の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を支給すること。

10. 特別管理加算等に関連する指導管理料について

在宅療養指導管理料は、「当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない」とされています。

①在宅自己腹膜灌流指導管理 4,000 点

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の 2 回目以降 1 回につき 2,000 点を月 2 回に限り算定する。

注：「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

- ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
- イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
- ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
- エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
- オ その他医師が特に必要と認めるもの

②在宅血液透析指導管理 8,000点

在宅血液透析とは、維持血液透析を必要とし、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する血液透析療法をいい、関係学会のガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

③在宅酸素療法指導管理

チアノーゼ型先天性心疾患の場合：1,300点、その他の場合：2,500点

「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧 55mmHg 以下の者及び動脈血酸素分圧 60mmHg 以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの及び慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHA III度以上であると認められ、睡眠時のチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例とする。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。

在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月1回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。

④在宅中心静脈栄養指導管理 3,000点

対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

⑤在宅成分栄養経管栄養指導管理 2,500点

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために主として栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの。以下同じ。）を用いた場合のみであり、栄養維持のために主として単なる流動食（栄養素の成分の明らかなもの以外のもの。）を用いており、栄養素の成分の明らかなものを一部用いているだけの場合や単なる流動食について鼻腔栄養を行った場合等は該当しない。

⑥在宅自己導尿指導管理 1,800点

対象となる患者は、下記の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって在宅自己導尿を行うことが必要と医師が認めた者とする。

ア 諸種の原因による神経因性膀胱

イ 下部尿路通過障害（前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄等）

ウ 腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後

⑦在宅人工呼吸指導管理 2,800点

在宅人工呼吸とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法をいい、次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。

- ア 患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む。）。
- イ 装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。
- ウ 夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。
- エ その他、療養上必要な指導管理を行うこと。

対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者は対象とならない。

⑧在宅持続陽圧呼吸療法管理指導管理 250点

在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいい、対象となる患者は、以下の全ての基準に該当する患者とする。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、イの要件を満たせば対象患者となる。

- ア 無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう）が20以上
- イ 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例
- ウ 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

また、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後1、2か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。

⑨在宅自己疼痛管理指導管理 1,300点

在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

⑩在宅肺高血圧症指導管理 1,500点

肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンⅠⅡ製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。「プロスタグランジ

ンⅠ 製剤の投与等に関する指導管理等」とは、在宅において、肺高血圧症患者自らが携帯型精密輸液ポンプを用いてプロスタグランジンⅡ製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行うことをいう。

⑪在宅悪性腫瘍患者指導管理 1,500点

「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

鎮痛療法とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤又はフルビプロフェンアキセチル製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤又は複方オキシコドン製剤を使用できるのは、以下の条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要な応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア 薬液が取り出せない構造であること

イ 患者等が注入速度を変えることができないものであること

また、化学療法とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは埋込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

対象となる悪性腫瘍の患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。なお、化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。

⑫在宅気管切開患者指導管理 900点

「在宅における気管切開に関する指導管理」とは、諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施する気管切開に関する医学管理のことをいう

11. 精神科重症患者早期集中支援管理料 1800点

(算定対象者)

ア 1年以上入院して退院した者または入院院を繰り返すもの(入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院または医療保護入院であり、かつ当核直近の入院の入院日より起算して過去3ヶ月以内に措置入院、緊急入院または医療保護入院をしたことのある者に限る)

- イ 総合失調症、統合失調型障害または妄想型障害、気分（感情）障害または重度認知症（「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について）におけるランクM）の状態、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者
- ウ 精神科を漂榜する医療機関へ通院が困難な者
- エ 障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを利用していない者

（算定要件）

- ア 常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。また、いずれか1名以上は専従であること。
- イ 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。
- ウ 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

医療費控除の対象となる介護保険制度下での居宅サービス等

	居宅サービス等の種類
医療費控除の対象となる居宅サービス	訪問看護・介護予防訪問看護 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一体型事業所で訪問看護を利用する場合に限る） 複合型サービス（上記の居宅サービスを含む組み合わせにより提供されるもの（生活援助中心型の訪問介護の部分を除く）に限る）
上記の居宅サービスと併せて利用する場合のみ医療費控除の対象となるもの	訪問介護・介護予防訪問介護・夜間対応型訪問介護（生活援助中心型を除く） 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護 通所介護・介護予防通所介護 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一体型事業所で訪問看護を利用しない場合及び連携型事業所に限る） 複合型サービス（上記の居宅サービスを含まない組み合わせにより提供されるもの（生活援助中心型の訪問介護の部分を除く）に限る）
医療費控除の対象外となる介護保険の居宅サービス等	認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

* 指定居宅サービス事業者等が発行する領収書に、医療費控除の対象となる医療費の額が記載されていること。

* 交通費のうち、通所リハビリテーションや短期入所療養介護を受けるため介護老人保健施設や指定介護療養型医療施設へ通う際に支払う費用で、通常必要なものは医療費控除の対象となる

* 高額介護サービス費として払い戻しを受けた場合は、その高額介護サービス費を医療費の金額から差し引いて医療費控除の金額を計算する。なお、指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設の施設サービスに係る自己負担額のみに対する高額介護サービス費については、2分の1に相当する金額を医療費の金額から差し引いて医療費控除の金額の計算をする。

在宅療養支援診療所とは

以下の要件を満たす保険医療機関が、地方厚生（支）局長に届け出た場合に、在宅療養支援診療所として認められます。

24 時間連絡体制の確保	当該診療所において、24 時間連絡を受ける医師または看護職員（以下「連絡担当者」という）をあらかじめ指定するとともに、連絡担当者や連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者や家族に説明し、文書により提供する
24 時間往診体制の確保	当該診療所において、または別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む）の保険医との連携により、患家の求めに応じて 24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医氏名・担当日等を文書により患家に提供する
24 時間訪問看護体制の確保	当該診療所において、または別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む）や訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む）との連携により、患家の求めに応じ、当該診療所の保険医の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者氏名・担当日等を文書により患家に提供する
緊急時の病床確保	当該診療所において、または別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む）との連携により、緊急時に在宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保する
診療情報の提供・共有	別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む）や訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む）との連携する場合には、連携先において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携先に文書（電子媒体を含む）により随時提供する
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること ・地域において、他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること ・年 1 回、在宅看取り数等を地方厚生（支）局長に報告していること
機能を強化した在支診療 （平成 24 年 4 月から）	<p>上記に加え</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 常勤医師 3 名以上 ロ 過去 1 年間の緊急の往診実績 5 件以上 ハ 過去 1 年間の看取り実績 2 件以上 <p>複数の医療機関が連携（一定の要件あり）してイ～ハの要件を満たすことも可</p>