

訪問看護に関連する診療報酬について

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、訪問看護の必要性を認め、患者が選ぶ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。複数のステーションに指示書を交付しても、指示料は患者1人につき月1回が限度です。

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事ができます。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回算定できません。

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。

※ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護点滴注射管理指導料、在宅療養指導管理料を算定している患者は算定できません。

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。介護保険で訪問看護を受けている患者が点滴注射が必要となった場合も同指導料を算定できます。主治医は、在宅患者訪問点滴指示書に指導内容や有効期間(7日以内に限る)を記す必要が

あります。

5. 在宅患者連携指導料 900点

医療保険で訪問診療を受けている利用者の診療情報を医療関係職種間で文章などで共有し、各職種が診療情報を踏まえて対応することを評価した加算です。准看護師の場合は算定できません。※医療関係職種とは、①訪問診療を実施している医療機関 ②歯科訪問診療を実施している医療機関 ③訪問薬剤管理指導を実施している薬局。月2回以上、共有した情報を基に患者に指導することが要件です。医療機関の主治医との間のみでの情報共有した場合は算定できません。診療情報の共有は、電子の内容、情報提供日、指導内容の要点や指導日を訪問看護記録に記載します。

情報メールやファクシミリなどの手段でも認められます。医療機関の主治医との間のみで情報共有した場合は算定できません。平成30年から特別の関係にある医療等ののみとの情報共有でも同加算を算定できるようになりました。

6. 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

利用者の状態の急変などに伴い、看護師等(准看護師は除く)が主治医の求めにより医師等、歯科医師等、薬局の薬剤師、ケアマネジャー、相談支援専門員とカンファレンスに参加して共同で指導を行った場合に算定できます。カンファレンス参加者の氏名、カンファレンスの要点、実施日を訪問看護記録書に残す必要があります。

当該患者の診療を担う医療機関の医師と、訪問看護を担う看護師等の2者によるカンファレンスでも算定できます。複数の訪問看護ステーションのみでのカンファレンスは算定できません。カンファレンスは原則、関係者全員が利用者の居宅に赴き行うが、平成30年度改定によりやむを得ない事情により参加できない場合は関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定できるようになりました。(その場合は、①カンファレンスに3者以上が参加すること ②3者のうち2者以上が利用者の居宅に赴きカンファレンスをおこなうこと。やむを得ない事情とは、天候不良や急患の対応により間に合わなかった場合などをいいます)

関係者のいずれかが医療資源の少ない地域(2018年3月5日保険医初0305第2号、別添3の別紙2)の医療機関などに所属する場合にも、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することにより算定が可能となりました。(この場合、①カンファレンスを月2回実施する場合の2回目のカンファレンスであること ②カンファレンスに3者以上が参加すること ③3者のうち1者以上が利用者の居宅に赴きカンファレンスを行うこと)

7. 退院時共同指導料

入院中の患者が退院後の在宅療養を担う医療機関と入院医療機関の医師または医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師などが共同で退院後提出した場合の報酬です。特別な関係にある医療機関や訪問看護ステーションによる指導でも算定は可能です。1人の患者につき入院中に1回算定します。「厚生労働大臣が定める状態等」に該当する患者は2回算定できます。ただし、2回のうち1回はそれぞれの医療機関の医師または看護師、准看護師が共同して指導を行います。

	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)	1,500点	900点
退院時共同指導料 2 (入院先の病院が算定)	400点+加算(下記①又は②) ① 医師による共同指導の場合 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、薬局の薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援相談員、相談支援専門員のいずれか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。医師または看護師の配置が義務付けられている施設の入所者は算定外対象外です。往診および訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅支援診療所または在宅支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先、電話番号、緊急時の注意事項などについて文書により提供していることが算定要件となっています。

平成30年度から主治医がケアマネジャーに対して、患者の予後や今後想定される病状の変化、変化に合わせて必要とされるサービス等の情報を提供することが要件化されました。①訪問診療回数が週1回以上 ②訪問看護回数が週1回以上 ③訪問看護回数が週1回以上 ④訪問診療と訪問看護の合計日数が週4日以上のをすべてを満たすことが要件となります。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。

※死亡診断書と特に規定するものを除き、診療にかかる費用はすべて在宅がん医療総合診療費に含まれます。

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、当該保険医療期間に来院され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。

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：520点、 その他の場合：2,400点

在宅酸素療法を実施している入院外の患者に対して在宅酸素療法に関する指導管理をおこなった場合に月1回に限り算定します。在宅酸素療法の算定に当たっては、PaO₂の測定を月1回程度実施し、その結果を診療報酬明細書に記載します。

在宅酸素療法を算定する月は、喀痰吸引など関連する処置料は算定できません。

平成30年度改定から在宅酸素療法指導管理料に遠隔モニタリング加算(150点)が新設されました。遠隔モニタリング加算は「その他の場合」を算定し、かつCOPDの病期がⅢ期またはⅣ期の患者について、前回受診月の前月まで、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合に月1回、2ヵ月に限り算定できます。

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とります。

在宅中心静脈栄養法を行う患者に同法の指導管理をした場合、在宅中心静脈栄養法指導管理料を月1回算定できます。

※在宅中心静脈栄養法輸液セット加算(月1回):2,000点

注入ポンプ加算(月1回):1,250点

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ません。

※注入ポンプ加算(月1回)：1,250点 在宅経管栄養セット加算：2,000点

⑥ 在宅小児経管栄養法指導管理 1,500点

在宅療養中の小児患者で、特に経管栄養が必要な患者に指導管理を行った際に算定します。(対象は①経口摂取が著しく困難な15歳未満の者②15歳以上で、経口摂取が著しく困難な状態が15歳未満から続く(体重20kg未満に限る)のいずれか)

⑦ 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理 2,500点

在宅半固形栄養経管栄養法を行う入院外の患者への指導管理として算定できます。

⑧ 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なります。

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

※カテーテルの費用は所定点数に含まれるが、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルなどを使用した場合は特殊カテーテル加算を算定できます。

⑨ 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します。

月1回の算定となります。

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にはなりません。

⑩ 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ります。

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なります。

※遠隔モニタリング加算：平成30年度より在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料に遠隔モニタリング加算(150点)が新設されました。在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定し、CPAPを用いる患者に、前回受診月の翌月から今回受診月の前月まで、遠隔モニタリングにより療養上必要な指導を行った場合、月1回、2ヶ月に限り算定できます。

⑪ 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。

⑫ 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I2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I2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I2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。

⑬ 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。

⑭ 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をおこなった場合に算定します。同指導管理料には、気管切開患者用人工鼻加算が設定されています。

11. 精神科在宅患者支援管理

平成 30 年度から精神科重症患者支援管理料に代わり精神疾患患者への訪問支援をする評価する観点から新設されました。精神科を標榜する医療機関への通院が困難な者、精神症状のより単独での通院が困難な者に対して、精神科医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が計画的な医学管理の下に月 1 回以上の訪問診療及び定期的な精神訪問看護を実施するとともに、必要に応じ、急変時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価しています。

精神科在宅患者支援管理料の点数一覧			
	患者の状態	単一建物の診療患者数	
		1人	2人以上
精神科在宅患者支援管理料1 (自院単独) (月1回)	イ) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援が必要な患者	3,000点	2,250点
	ロ) 別に厚生労働大臣が定める患者	2,500点	1,875点
	ハ) 上記以外	2,030点	1,248点
精神科在宅患者支援管理料2 (訪問看護ステーションと連携) (月1回)	イ) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援が必要な患者	2,467点	1,850点
	ロ) 別に厚生労働大臣が定める患者	2,056点	1,542点