令和６年度診療報酬改定の概要
【在宅（在宅医療、訪問看護）】

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
※　本資料は、ＨＰ掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

令和６年度診療報酬改定

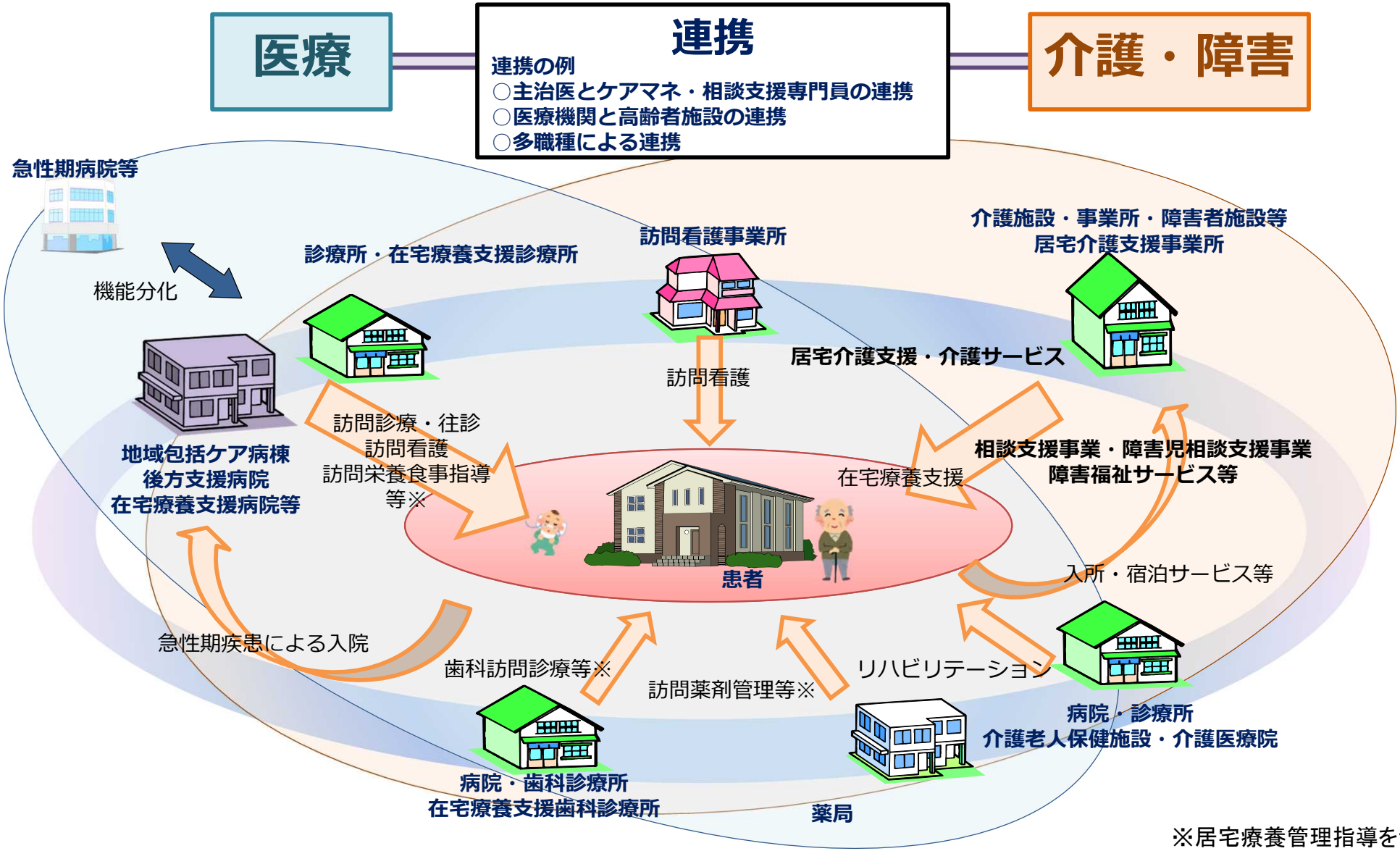
７．質の高い訪問診療・訪問看護の確保

（１）在宅医療

（２）訪問看護

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○　在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



※居宅療養管理指導を含む

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

➢ 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

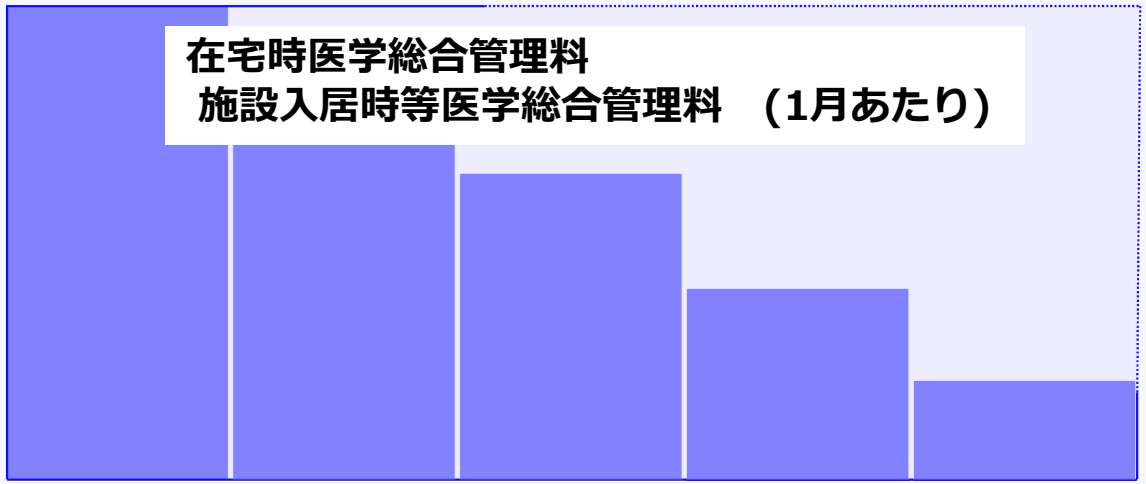
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

○居住場所により段階的に評価
○乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
○原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

＋

②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

○単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
○特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



＋

③指導管理等に対する評価

在宅人工呼吸指導管理料その他の特別な指導管理等に応じた評価

在宅がん医療総合診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

在宅患者訪問診療料及び往診料の評価

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)　（１日につき）

１　在宅患者訪問診療料１

イ　同一建物居住者以外の場合　888点

ロ　同一建物居住者の場合　213点

２　在宅患者訪問診療料２

イ　同一建物居住者以外の場合　884点

ロ　同一建物居住者の場合　187点

- 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※　同一建物に居住する当該患者１人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※　患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定 。

［算定要件］（抜粋）

○　在宅患者訪問診療料１

１人の患者に対して１つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、１日につき１回に限り算定。

○　在宅患者訪問診療料２

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から６月を限度として算定。

○ 往診料　720点

- 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合の評価。

※　定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

➢ 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅医療情報連携加算の新設

他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価

・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

在宅で療養を行っている**末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価**

・往診時医療情報連携加算の新設

在支診・在支病と連携体制を構築する**在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価**

・在宅療養移行加算の見直し

対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、**他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し**

・在宅ターミナルケア加算等の見直し

在宅ターミナルケア加算について、**退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする**とともに、看取り加算について、**退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする**

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

➢ 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

在宅時医学総合管理料等における**単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化**、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、**訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し**

・往診料の見直し

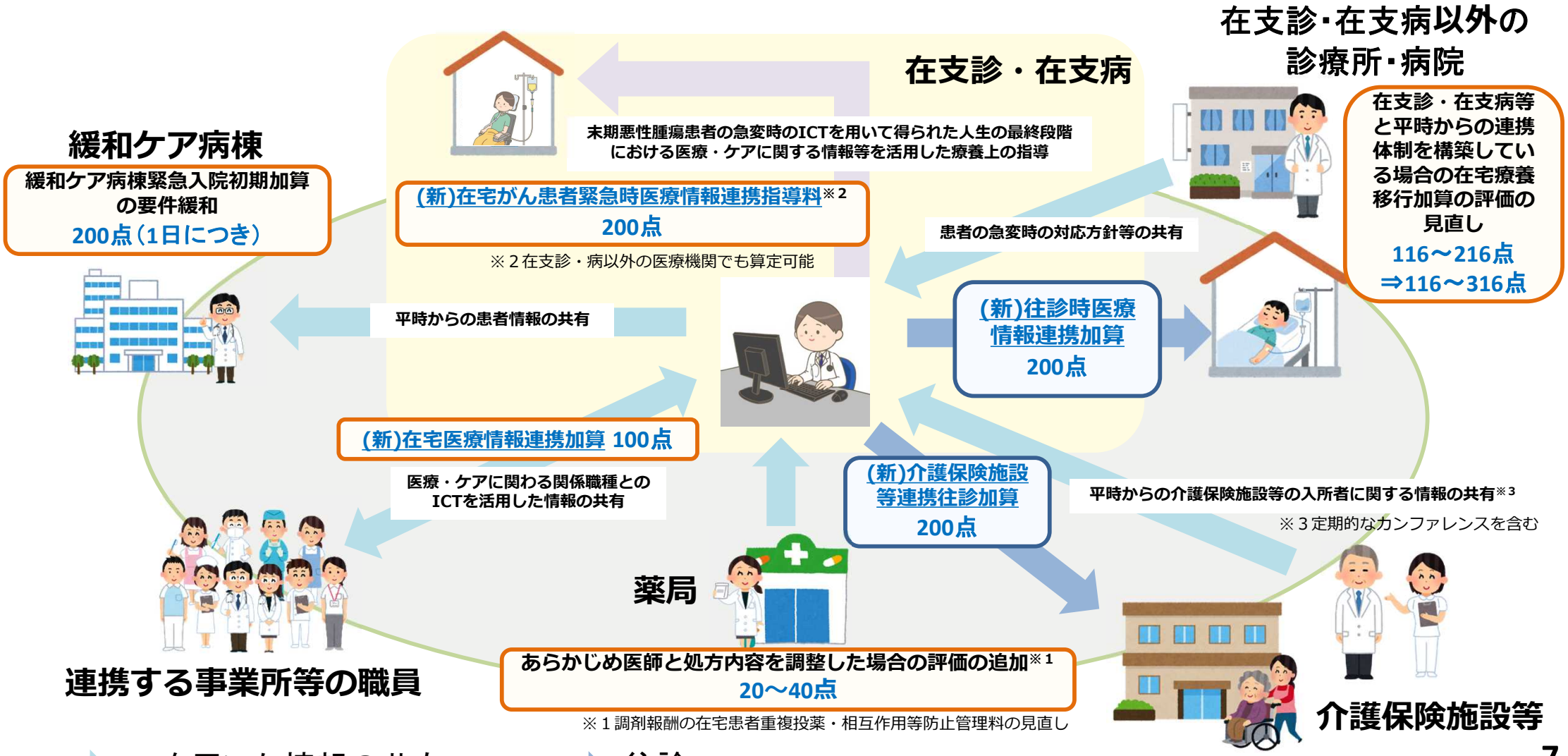
往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する**緊急の往診に係る評価の見直し**

・在宅患者訪問診療料の見直し

在支診・在支病における**患者１人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における**、５回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➢ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、**医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価**等を実施。



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

➢ 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料）　100点

［算定要件］（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された**患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと**及び医師が診療を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**ついて、**患者からの同意を得ていること**。
- 以下の情報について、適切に記録すること

  ○ **次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無**
  ○ **当該患者の治療方針の変更の概要**（変更があった場合）
  ○ **患者の医療・ケアを行う際の留意点**（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
  ○ **患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望**（患者又はその家族等から取得した場合）

- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も**同様に記録することを促すよう努める**こと。
- 訪問診療を行う場合に、**過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報(当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。)をICTを用いて取得した情報の数が１つ以上**であること。
- 医療関係職種等から**患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合**は、適切に対応すること。

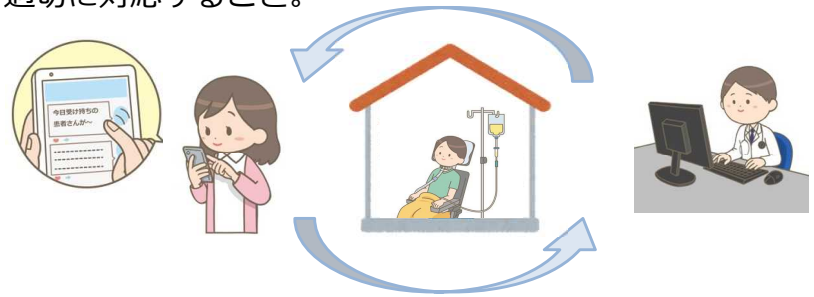
［施設基準］（概要）

（１）　患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、**共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、５以上**であること。

（２）　地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する**連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること**。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。

（３）　厚生労働省の定める「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること**。

（４）　（１)に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



・診療情報、治療方針
・医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
・人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

➢ 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価**を新設する。

（新）　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料　200点

［算定要件］

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、**医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合**であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

➢ 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

現行	改定後
【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］（該当部分概要） 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。	【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］（該当部分概要） 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。**ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。**

地域における24時間の在宅医療提供体制の推進

往診時医療情報連携加算の新設

➢ 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在支診・在支病と連携体制を構築している**在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

（新）　往診時医療情報連携加算　200点

［算定要件］

- **他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）**と**月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により**当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている**患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病**が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に**対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供**されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、**共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定できる。**この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。

在宅療養移行加算の見直し

➢ 在支診・在支病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算について、**対象となる範囲を病院まで拡大する**とともに、**他の保険医療機関と定期的なカンファレンスやICTを用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す**。

現行	
（新設） 在宅療養移行加算**1**	216点
（新設） 在宅療養移行加算**2**	116点

⇒

改定後	
在宅療養移行加算１	**316点**
在宅療養移行加算**２**	216点
在宅療養移行加算３	**216点**
在宅療養移行加算**４**	116点

［在宅療養移行加算１及び３の追加の施設基準］

- 当該医療機関が保有する**当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時**の対応方針について、当該医療機関と連携する医療機関との**１月に１回程度の定期的なカンファレンスにより当該連携医療機関に適切に提供している**こと。ただし、当該情報について**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保している場合**はこの限りでない。

（参考）在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい
◎：必ず満たす必要がある
×：要件を満たさない
－：施設基準上の要件ではない

			24時間要件						在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制		
			単独	連携	単独	連携	単独	連携	
診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）		
	その他		○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）		
	その他		◎	×	○		◎	×	
在宅療養移行加算１（新）			○※１		－		○※１		◎※３
在宅療養移行加算**２**（旧１）			○※１		－		○※１		－
在宅療養移行加算３（新）			※２		－		○※１		◎※３
在宅療養移行加算**４**（旧２）			※２		－		○※１		－

※１：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）
※２：「２４時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。
※３：**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。**
<10：連携医療機関数が10未満であること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進②（再掲）

介護保険施設等連携往診加算の新設

➢ 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の**病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

（新）　介護保険施設等連携往診加算　200点

[算定要件]

（１） 介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて**当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行い、治療の方針について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合**に限り算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。

（２） 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

[施設基準]（概要）

（１） 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保**していること。

（２） 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の（イ）及び（ロ）に該当していること。

（イ） 往診を行う保険医療機関に所属する保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること**。

（ロ） 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に１回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

（３） 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

➢ 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

➢ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、**名称を変更**するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、**心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価**を新設する。

現行

【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】
1,500点

在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

※　注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーサブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

改定後

【在宅麻薬等注射指導管理料】

1　悪性腫瘍の場合　1,500点
悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

2　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合　1,500点
筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

3　（新）心不全又は呼吸器疾患の場合　1,500点
１又は２に該当しない場合であって、**緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者**に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】　1,500点
悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

（新）　在宅強心剤持続投与指導管理料　1,500点

［算定要件］　（主なもの）
- 在宅強心剤持続投与指導管理料は、**循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip 分類 class Ⅳ）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
- 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
- 当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに５年以上の経験を有する常勤の医師であること。

在宅ターミナルケア加算等の見直し

➢ 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算について、**死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能**とするとともに、 看取り加算について、**退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能**とする。

（新）　往診料　在宅ターミナルケア加算　3,500～6,500点

［算定要件］

- 在宅ターミナルケア加算は、**死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合**（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、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・ケア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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人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。

（新）　往診料　看取り加算　3,000点

［算定要件］

- 看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために充分な説明と同意を行った上で、**死亡日前14日以内に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患家で看取った場合**に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

«在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し»

現行	改定後
【在宅患者訪問診療料　在宅ターミナルケア加算】 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、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・ケア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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人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。	【在宅患者訪問診療料　在宅ターミナルケア加算】 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上往診又は訪問診療を行った患者**若しくは退院時共同指導を行った患者**が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、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・ケア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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人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。

(参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

往診料		720点
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１（１日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイ（１日につき）		150点

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から２週間以内に２回以上の往診、訪問診療又は**退院時共同指導**を実施した場合に算定	**機能強化型在支診・在支病**		**機能強化型以外の在支診・在支病**	**その他の医療機関**
	有床診・在支病	**無床診**		
	6,500点 (6,200点)	5,500点 (5,200点)	4,500点 (4,200点)	3,500点 (3,200点)
＋在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点 (7,200点)	6,500点 (6,200点)		
＋在宅療養実績加算１			5,250点 (4,950点)	
＋在宅療養実績加算２			5,000点 (4700点)	

※１　（）内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算	患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

※２　看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

■その他の加算■
○乳幼児加算　400点
○診療時間に応じた加算　診療時間が1時間超の場合に100点／30分を加算

往診料の評価の見直し

➢ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

	以下のいずれかに該当する場合 ①　往診を行う保険医療機関において**過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定**している患者 ②　往診を行う保険医療機関と**連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定**している患者 ③　往診を行う保険医療機関の**外来において継続的に診療**を受けている患者 ④　往診を行う保険医療機関と**平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所**する患者				**その他の場合**
	機能強化型の在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型以外の在支診・在支病	その他の医療機関	
	病床有	病床無			
往診料	720点				

＋

緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	**325点**
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	**405点**
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	**485点**

①緊急往診加算について

保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

夜間（深夜を除く。）とは**午後６時から午前８時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後 10 時から午前６時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日**をいう。なお、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し①

➢ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における**単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設**するとともに、**処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す**。

	機能強化型在支診･在支病（病床あり）					機能強化型在支診・在支病（病床なし）					在支診・在支病					その他				
在宅時医学総合管理料	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月２回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月１回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等医学総合管理料	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月２回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月１回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し②

➢ 訪問診療の算定回数が多い医療機関における在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

［概要］

- 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、**当該保険医療機関における直近３月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和６年３月31日以前に開設されたものを除く。）における直近３月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上**の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ**所定点数の100分の60に相当する点数**を算定する。

（イ）直近１年間に**５つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績**があること。
（ロ）当該保険医療機関において、直近１年間の**在宅における看取りの実績を20件以上**有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
（ハ）直近３か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**施設入居時等医学総合管理料を算定した患者（「特掲診療料の施設基準等」別表第七に掲げる別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者等を除く。）の割合が7割以下**であること。
（二）直近３月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**要介護３以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等の割合が５割以上**であること。

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価】

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料	機能強化型在支診･在支病（病床あり）			機能強化型在支診･在支病（病床なし）			在支診･在支病			その他		
	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月２回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月１回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

➢ 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては**、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の１月から**在宅データ提出加算に係る届出を要件**とする。

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

➢ 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

現行	改定後
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ （新設）	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ ・ **当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。**
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ （新設）	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ ・ **当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。** ［経過措置］ 令和６年３月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

（参考）在支診・在支病の施設基準

<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診在支病</th><th rowspan="3">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病の基準</td><td colspan="4">①　24時間連絡を受ける体制の確保　②　24時間の往診体制　③　24時間の訪問看護体制
④　緊急時の入院体制　⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　年に１回、看取り数等を報告している
⑦　適切な意思決定支援に係る指針の作成　⑧　訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
⑨　介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</td><td></td><td rowspan="5">○　許可病床数200床以上
○　在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※　やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○　連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td>全ての在支病の基準</td><td colspan="4">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（１）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと
（２）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">機能強化型在支診・在支病の基準</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
３人以上</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で３人以上</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で４件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上各医療機関で４件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑨　過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか４件以上</td><td colspan="2">⑨　過去１年間の看取りの実績
連携内で４件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか２件以上</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑩　地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑪　各年５月から７月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の１月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</td></tr>
</table>

（参考）在宅データ提出加算について

在宅データ提出加算
50点（月１回）

［算定要件］

- 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、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

［施設基準］

・**在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名
療養情報	在宅療養を始めた年月
	療養を行っている場所
訪問診療の状況	訪問診療日
	主たる訪問診療を行う医療機関
訪問看護の状況	訪問看護日
	自院での実施の有無
訪問の主傷病	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
救急受診の状況	救急受診日
	受診先
	受診経路
	転帰
入院の状況	入院年月日
	退院年月日
	受診先
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	主病名
短期入所の状況	入所年月日
	退所年月日
	短期入所利用サービス
往診の状況	往診日
	主たる訪問診療を行う医療機関
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

大項目	項目名
患者の状態	患者の状態
バーセルインデックス	バーセルインデックス
排泄	排泄の状況
	ブリストルスケール
排尿	排尿の状況
褥瘡	褥瘡の状態
低栄養	低栄養の有無
	摂食・嚥下障害の有無
	経管・経静脈栄養の状況
がんの傷病	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
がんのStaging分類	ステージ分類
	UICC 病期分類(T)
	UICC 病期分類(N)
	UICC 病期分類(M)
	UICC 病期分類(版)
がんのNRS	NRS

出典：2023年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

在宅患者訪問診療料の見直し

➢ 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、**患者１人当たりの直近３月の訪問診療の回数が12回以上**の場合、同一患者につき同一月において訪問診療を５回以上実施した場合、**５回目以降の訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定**する。

［訪問診療の回数の計算対象とならない患者］
- **別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める患者。**
- **対象期間中に死亡した者。**
- **末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者。**
- **対象期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者。**

頻回訪問加算の見直し

➢ 頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

現行		改定後	
頻回訪問加算	600点/月	頻回訪問加算（初回）	800点/月
		（2回目以降）	300点/月

[算定要件]
以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する

[対象患者]　**①または②に該当する患者**
①末期の悪性腫瘍の患者
②以下のうち、2つの状態に該当する患者
(「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く)
在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

包括的支援加算の見直し

➢ 在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

・包括的支援加算(在医総管・施設総管)　　150点（月1回）

現行	改定後
[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者 (1) 要介護２以上に相当する患者 (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者 (3) 月４回以上の訪問看護を受ける患者 (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者 (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者 （新設） (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者	[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者 (1) 要介護**３**以上に相当する患者 (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランク**Ⅲ**以上の患者 (3) 月４回以上の訪問看護を受ける患者 (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者 (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者 **(6) 麻薬の投薬を受けている患者** (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

令和６年度診療報酬改定

７．質の高い訪問診療・訪問看護の確保

（１）在宅医療

（２）訪問看護

質の高い訪問看護の確保

訪問看護の提供体制

訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進
・看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を評価
・24時間対応に係る連絡体制の取扱いの見直し
※介護保険においても同様に対応

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し
・訪問看護管理療養費を実績に応じた評価体系に見直し
・機能強化型１における専門の研修を受けた看護師の配置の要件化
・適切な感染管理の下での対応を評価
・オンライン請求及び領収証兼明細書の発行の推進

訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化
※介護保険においても同様に対応

虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進
※介護保険においても同様に対応

賃上げに向けた評価の新設

利用者のニーズへの対応

緊急訪問看護加算の評価の見直し
・緊急訪問看護加算の要件及び評価の見直し

医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
・長時間の訪問を要する者に対する指導を行った場合の加算の要件の見直し

母子に対する適切な訪問看護の推進
・ハイリスク妊産婦連携指導料の要件の見直し
・乳幼児加算の評価体系の見直し

医療DXへの対応を含む関係機関との連携強化

訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

訪問看護医療DX情報活用加算の新設
・オンライン資格確認等システムを通じた情報の取得・活用した計画的な管理を評価。

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設
・医療機関からの訪問看護における遠隔死亡診断補助を評価
※介護保険においても同様に対応

訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進①

24時間対応体制加算の見直し①

➢ 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
［算定要件］
　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。

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
［施設基準］
　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**、次に掲げる区分に従い**、月１回に限り、**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24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

（新）　イ　24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合　6,800円
（新）　ロ　イ以外の場合　6,520円

（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

　訪問看護管理療養費の注２のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む２項目以上を満たしていること。
ア　夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
イ　夜間対応に係る勤務の連続回数が２連続（２回）まで
ウ　夜間対応後の暦日の休日確保
エ　夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫
オ　ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減
カ　電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進②

24時間対応体制加算の見直し②

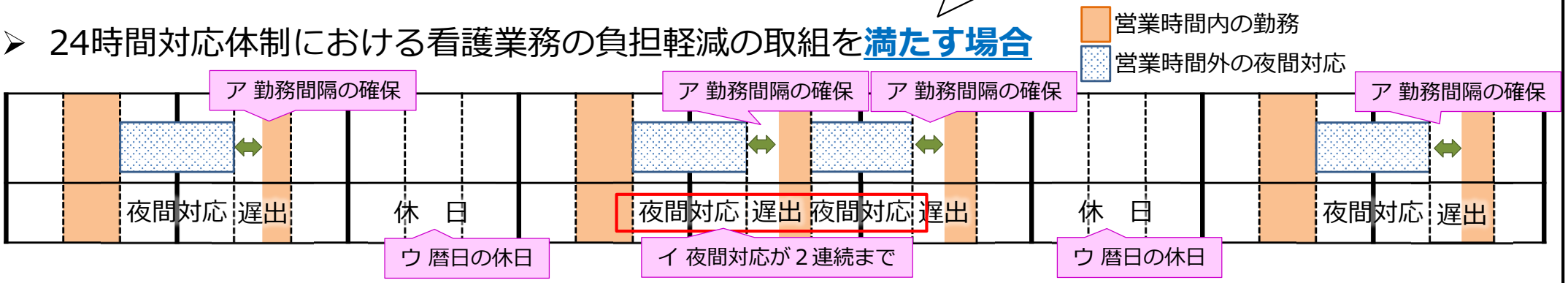
（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

訪問看護管理療養費の注２のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む２項目以上を満たしていること。

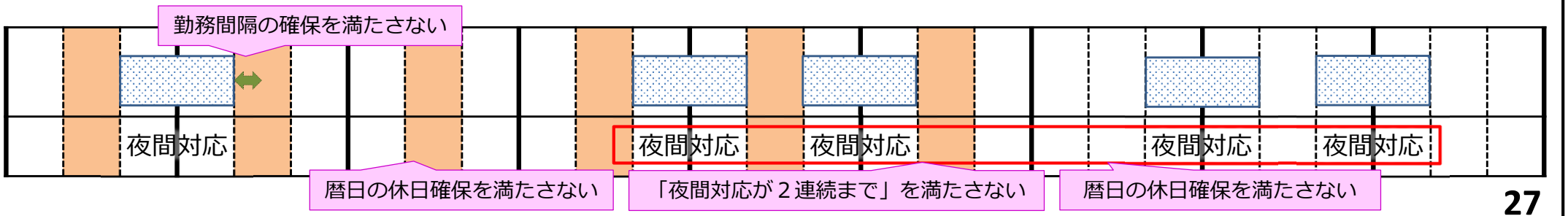
ア　夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
イ　夜間対応に係る勤務の連続回数が２連続（２回）まで
ウ　夜間対応後の暦日の休日確保
エ　夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫
オ　ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減
カ　電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

ア又はイを含む２項目以上を満たしていること

➢ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を**満たす場合**



➢ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を**満たさない場合**



訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進③

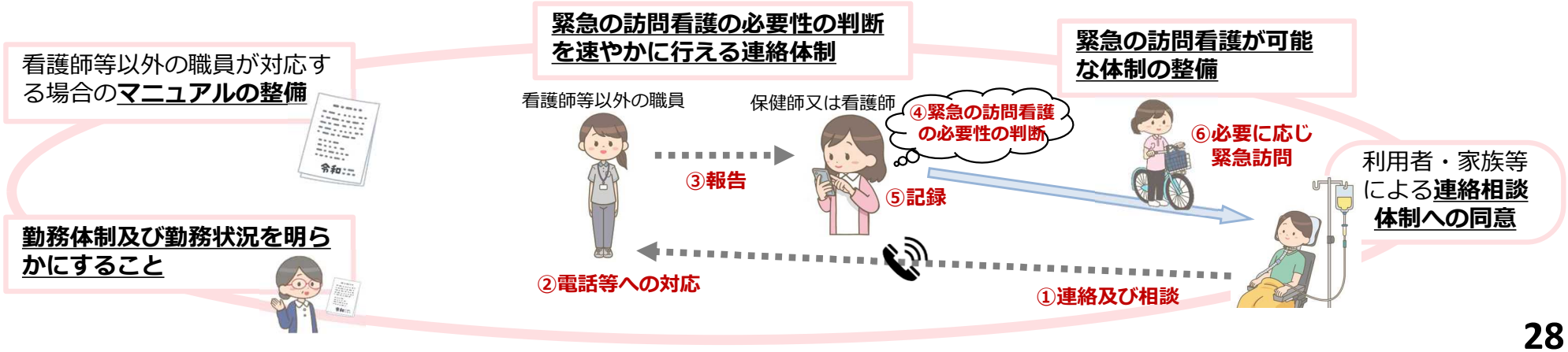
24時間対応体制加算の見直し③

➢ 24時間対応体制加算について、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
[届出基準通知]
　機能強化型訪問看護管理療養費３の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。**ただし、次のいずれにも該当し、24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者について、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師以外の職員（以下この項において「看護師等以外の職員」とする。）でも差し支えない。**

ア　看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。
イ　緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。
ウ　当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。
エ　看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。
オ　アからエについて、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。
カ　指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員に関して別紙様式２を用いて地方厚生（支）局長に届け出ること。



訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し①

訪問看護管理療養費の見直し（月の初日の訪問の場合）

- 機能強化型訪問看護管理療養費１の要件について、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師を配置することとする。
- 訪問看護ステーションにおける適切な感染管理の下での利用者への対応を評価する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。
- 訪問看護ステーションにおける訪問看護療養費明細書のオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護療養費明細書のオンライン請求及び領収証兼明細書の発行を推進する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

現行

【訪問看護管理療養費】
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	12,830円
ロ	機能強化型訪問看護管理療養費２	9,800円
ハ	機能強化型訪問看護管理療養費３	8,470円
ニ	イからハまで以外の場合	7,440円

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費１の基準
イ～ヘ　略
（新設）

改定後

【訪問看護管理療養費】
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	**13,230円**
ロ	機能強化型訪問看護管理療養費２	**10,030円**
ハ	機能強化型訪問看護管理療養費３	**8,700円**
ニ	イからハまで以外の場合	**7,670円**

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費１の基準
イ～ヘ　略
ト　専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

[経過措置]
令和６年３月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和８年５月31日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

（参考）算定留意事項

第５　訪問看護管理療養費について
（新）　災害等が発生した場合においても、指定訪問看護の提供を中断させない、又は中断しても可能な限り短い期間で復旧させ、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施できるよう業務継続計画を策定し必要な措置を講じていること。

（参考）機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型１	機能強化型２	機能強化型３
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額	**13,230円**	**10,030円**	**8,700円**
看護職員の数・割合	常勤７人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	５人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	４人以上、６割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 ＋ 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表７の利用者　月10人以上	別表７の利用者　月7人以上	別表７・８の利用者、精神科重症患者又は複数の訪看STが共同して訪問する利用者　月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ	以下のいずれか ・ターミナル　前年度20件以上 ・ターミナル　前年度15件以上 ＋　重症児　常時４人以上 ・重症児　常時６人以上	以下のいずれか ・ターミナル　前年度15件以上 ・ターミナル　前年度10件以上 ＋　重症児　常時３人以上 ・重症児　常時５人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 ＋特に医療的な管理が必要な利用者の１割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 ＋サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の１割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年２回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が１割以上
専門の研修を受けた看護師の配置	**専門の研修を受けた看護師が配置されていること**	専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい）	

[経過措置]令和６年３月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和８年５月31日までの間に限り、専門の研修を受けた看護師の配置に係る基準に該当するものとみなす。

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し②

訪問看護管理療養費の見直し（月の２日目以降の訪問の場合）

➢ 多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

現行	改定後
【訪問看護管理療養費】 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）　3,000円	【訪問看護管理療養費】 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき） **（新）　イ　訪問看護管理療養費１　3,000円** **（新）　ロ　訪問看護管理療養費２　2,500円**

[算定要件]

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（**１のイ、ロ及びハ並びに２のイ及びロ**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。

[施設基準]

- **訪問看護管理療養費１の基準**

訪問看護ステーションの利用者のうち、**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。）**であるものが占める割合が７割未満**であって、**次のイ又はロに該当するもの**であること。

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**及び特掲診療料の施設基準等別表**第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績**を有すること。

ロ　精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、**GAF尺度による判定が40以下の利用者の数が月に５人以上**であること。

- **訪問看護管理療養費２の基準**

訪問看護ステーションの利用者のうち、**同一建物居住者であるものが占める割合が７割以上**であること又は**当該割合が７割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しない**こと。

[経過措置]

令和６年３月31日時点において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和６年９月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費１の基準に該当するものとみなす。

緊急訪問看護加算の評価の見直し

緊急訪問看護加算の見直し

➢ 緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。

現行

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
　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（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１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2,650円を所定額に加算する。

[算定要件]（抜粋）
（新規）

(4)　（略）
（新規）

改定後

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
　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（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１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、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。

（新）	イ	月14日目まで	2,650円
（新）	ロ	月15日目以降	2,000円

[算定要件]（抜粋）
(4)　当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。
(5)　（略）
(6)　緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料及び精神科訪問看護療養費についても同様

医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

退院支援指導加算の見直し

➢ 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を充実させる観点から、退院支援指導加算の要件を見直す。

現行

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]
　注７に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、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、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、１回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算する。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あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

改定後

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]
　注７に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、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、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、１回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合**又は複数回の退院支援指導の合計時間が90分を超えた場合**に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算する。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あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

母子に対する適切な訪問看護の推進

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

➢ ハイリスク妊産婦に対する支援を充実する観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料の多職種カンファレンスの参加者に、訪問看護ステーションの看護師等を加える。

現行

【ハイリスク妊産婦連携指導料１】
[算定要件]
　当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。
　ア～オ　（略）
　（新設）

改定後

【ハイリスク妊産婦連携指導料１】
[算定要件]
　当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。
　ア～オ　（略）
　カ　必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師

※ハイリスク妊産婦連携指導料２についても同様

乳幼児加算の見直し

➢ 訪問看護基本療養費の乳幼児加算について、利用者の状態に応じて区分し、それぞれの評価を設ける。

現行

【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
　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。

［施設基準］
（新設）

改定後

【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
　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は、乳幼児加算として、１日につき**1,300円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）**を所定額に加算する。
［施設基準］
　乳幼児加算に係る厚生労働大臣が定める者
(1)　超重症児又は準超重症児
(2)　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
(3)　特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

※在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化

管理者の責務の明確化

➢ 提供する訪問看護の質を担保しつつ、訪問看護ステーションを効率的に運営する観点から、管理者の責務を明確化する。また、管理者について、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合には、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理できることとする。

現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（管理者）
第３条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（管理者）
第３条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

（参考）指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準

２　人員に関する事項

基準省令第３条第１項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととする。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。

イ・ロ（略）

ハ　同一**の指定訪問看護事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該指定訪問看護ステーションの利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務に関し、一元的な管理及び指揮命令に支障が生じないとき**に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、**管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や**、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）**と兼務する場合（施設における勤務時間が極めて限られている場合を除く。）、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定訪問看護ステーション又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合などは、**管理者の業務に支障があると考えられる。）

４　運営に関する事項　管理者の責務（基準省令第20条関係）

基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者**の責務に関し、利用者に対する看護やサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、**指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。

虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

- 訪問看護における身体的拘束等の適正化を推進する観点から、指定訪問看護の具体的取扱方針に、身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合における記録の義務を追加する。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（指定訪問看護の具体的取扱方針）
第十五条　看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。
一・二　（略）
三　指定訪問看護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
四　前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
五～七　（略）

- 訪問看護における虐待防止措置を推進する観点から、指定訪問看護事業者に対し、指定訪問看護ステーションごとの運営規定に、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることを義務付ける。

現行	改定後
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （運営規程） 第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～六　（略） （新設） 七　その他運営に関する重要事項	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （運営規程） 第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～六　（略） **七　虐待の防止のための措置に関する事項** 八　その他運営に関する重要事項

[経過措置]
令和８年５月31日までの間、虐待の防止のための措置に関する事項を定めることについては努力義務とする。

訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

訪問看護指示書の見直し

➢ 令和６年６月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

現行

【訪問看護指示料】
[算定要件]
　患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。

　なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書　（抜粋）

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)

改定後

【訪問看護指示料】
[算定要件]
　患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。**また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。**
　なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書　（抜粋）

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			

精神科訪問看護指示料についても同様

訪問看護医療DX情報活用加算の新設

訪問看護医療DX情報活用加算

➢ 指定訪問看護ステーション等において、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを通じて利用者の診療情報を取得し、当該情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　訪問看護医療DX情報活用加算　　50円

[算定要件]
　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看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第３条第13項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で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は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、50円を所定額に加算する。

[施設基準]
（１）訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。
（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]
　令和６年３月31日において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和７年５月31日までの間に限り、（３）の基準に該当するものとみなす。

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料についても同様

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

遠隔死亡診断補助加算の新設

➢ 医師が行う死亡診断等について、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた医療機関の看護師が補助した場合の評価として、在宅ターミナルケア加算に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

（新）　遠隔死亡診断補助加算　　150点

[算定要件]
　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保険医療機関において、区分番号Ｃ００１の注８（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号Ｃ００５の注10（区分番号Ｃ００５－１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、150点を所定点数に加算する。

[施設基準]
　情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。

※同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

（参考）死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）

➢ 介護保険の訪問看護において遠隔死亡診断補助加算が新設されることに伴い、死亡診断加算の要件を見直す。
Ｃ００１　在宅患者訪問診療料（Ｉ）
　　注８　死亡診断加算　　200点

　以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29年９月厚生労働省）」に基づき、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。
ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。
イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。
ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する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**若しくは指定居宅サービス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19号）別表の指定居宅サービス介護給付費単位数表の３のイ、ロ及びハの注15に掲げるターミナルケア加算**を算定していること。

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

週４日以上の訪問看護が可能

【医療保険】

小児等40歳未満の者、要介護者 ・要支援者以外

（原則週３日以内）

【介護保険】

要支援者・要介護者

（限度基準額内でケアプランで定める）

厚生労働大臣が定める者
（特掲診療料・別表第７※１）

特別訪問看護指示書注）の交付を受けた者
有効期間：14日間　（一部、２回交付可※２）

厚生労働大臣が定める者
（特掲診療料・別表第８※３）

認知症以外の精神疾患

（※１）別表第７

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

（※２）特別訪問看護指示書を月2回交付できる者
（有効期間：28日間）

・気管カニューレを使用している状態にある者
・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注）特別訪問看護指示書
患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

（※３）別表第８

1　在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2　以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4　真皮を超える褥瘡の状態にある者
5　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者