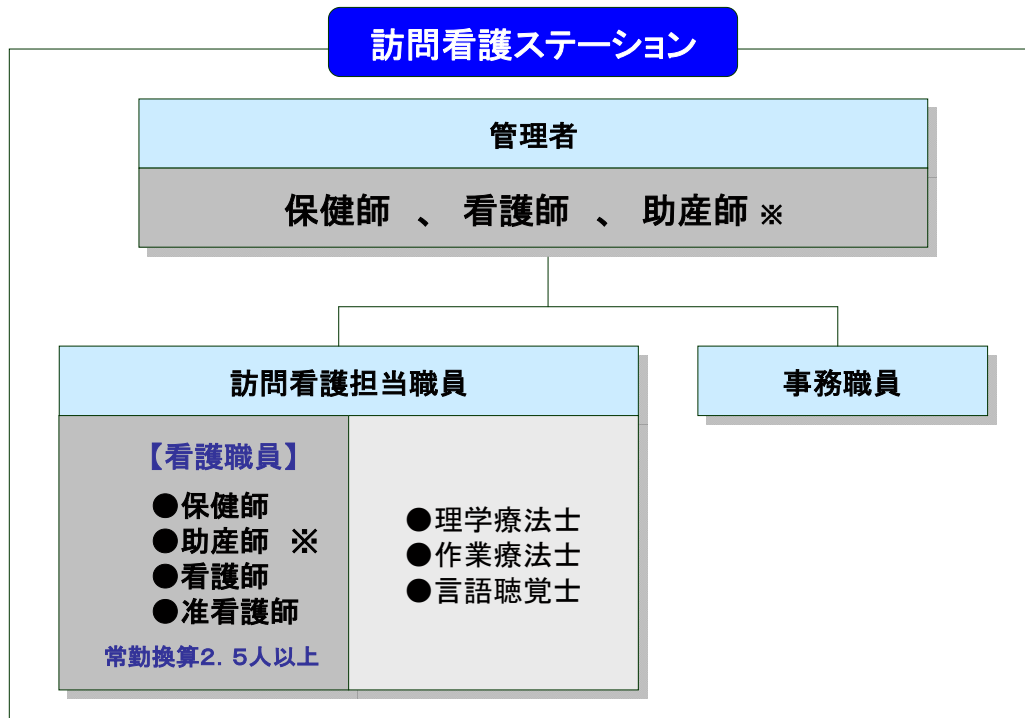


精神科医療関連制度基礎テキスト

第9章 訪問看護療養費（訪問看護ステーションが算定する療養費）

I. 訪問看護ステーションについて



※ 健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションのみ

1. 訪問看護事業者の指定

訪問看護事業者として指定を受けるためには、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人等の法人であることが必要です。訪問看護ステーションは訪問看護を行う事業所であり、事業を行うためには訪問看護を行う事業所ごとに、介護保険法に基づく訪問看護の場合は都道府県知事の指定を、健康保険法（医療保険等）に基づく訪問看護の場合は地方厚生（支）局長の指定を受ける必要があります。ただし、介護保険法の指定を受けた場合は、みなし規定（健康保険法第89条第2項）により健康保険法の指定を受けたことになります。

なお、介護保険のみの指定を受ける場合は、別段の申出を地方厚生（支）局長に行うことになります。

2. 人員及び運営に関する基準

(1) 管理者

訪問看護ステーションごとに、専ら管理の職務に従事する常勤の管理者を配置することが必要です。そのため、管理者は同時に他の訪問看護ステーション等を管理することはできません。

ただし、訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該訪問看護ステーションの他の職務（看護職員としての職務）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（管理者又は従業者としての職務）に従事することができます。

なお、管理者は原則として保健師又は看護師であることが必要ですが、健康保険法の指定訪問看護のみを行う訪問看護ステーションの場合は、助産師が管理者になることができます。

また、管理者は、医療機関における看護、訪問看護又は保健指導の業務に従事した経験を有し、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましいとされています。

「専ら従事する」とは、原則、訪問看護の提供の時間帯を通じて訪問看護以外の職務に従事しないことで、従業者の訪問看護ステーションにおける勤務時間が訪問看護の提供の時間帯となりますが、従業者の常勤・非常勤の別は問われません。

（２）配置職員数

訪問看護担当職員として、訪問看護ステーションには常勤換算方法で看護職員（保健師、助産師、看護師又は准看護師）を2.5人以上配置し、1人以上は常勤であることが必要で、訪問看護の利用状況や利用者数及び訪問看護事業の業務量を考慮し、適切な人員を確保することが求められています。ただし、助産師は健康保険法の指定訪問看護のみを行う場合に限られます。

「常勤換算方法」は、看護職員の勤務延時間数を常勤の看護職員が勤務すべき時間数（週当たり32時間を下回る場合は32時間を基本とする）で除して得た数になります。

「勤務延時間数」は訪問看護の提供に従事する時間又は訪問看護のための準備等を行う時間（待機の時間を含む）として明確に位置づけられている時間の合計数です。従業者1人につき、勤務延時間に参入できる時間数は、常勤の従業者が勤務すべき時間数が上限となります。

また、訪問看護担当職員として理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の有資格者も訪問看護に従事することができます。なお、配置数は訪問看護ステーションの実情に応じて配置すればよいこととなっています。

（３）設備基準

訪問看護事業の運営に必要な面積を有する専用の事務室を設けることが必要となります。他の事業の事業所を兼ねる場合は間仕切りをする等で明確に区分され、専用の必要な広さの区画を設けることで差し支えないこととなっています。必要な広さには、利用申し込みの受付、相談等に対応する等の適切なスペースを確保することが求められています。

また、訪問看護の提供に必要な設備及び備品を確保し、特に、手指を洗浄する等の感染症予防に必要な設備等に配慮することが必要となります。

つまり、具体的には、利用者と面談ができるスペースや常勤換算で2.5人以上の看護職員が執務できる机の確保、契約者の契約書など個人情報を管理できる鍵付きのロッカーや手洗い消毒が行えるような設備等を確保することになります。

II. 精神科訪問看護ステーションに対する報酬

訪問看護では、精神科訪問看護ステーションの看護師等が疾病又は障害により居宅において継続して療養を受ける状態にある者の居宅に訪問し、療養上の世話又は必要な診療の補助を行います。介護保険の給付は医療保険の給付より優先される。

	介護保険	医療保険
	訪問看護費	訪問看護療養費
原則	要介護被保険者等に対する訪問看護	要介護被保険者等以外に対する訪問看護
例外	—	<p>■要介護被保険者等に対して算定可の場合</p> <p>①精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問看護を行なう場合(ただし、認知症に対する訪問看護は介護保険対象)</p> <p>②特別訪問看護指示書に係る訪問看護を行なう場合</p> <p>③「厚生労働大臣が定める疾病等の者 ※1」に対する訪問看護を行なう場合 等</p>

※1 「末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー、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。))、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。)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態の者」

訪問看護では、精神科訪問看護ステーションの看護師等が疾病又は障害により居宅において継続して療養を受ける状態にある者の居宅に訪問し、療養上の世話又は必要な診療の補助を行います。

訪問看護ステーションでは、原則、要介護被保険者等に対する訪問看護(介護保険の対象者)は訪問看護費(介護保険)を、要介護被保険者等以外に対する訪問看護は訪問看護療養費(医療保険)を算定することになりますが、介護保険の給付は医療保険の給付より優先されています。

ただし、①精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問看護を行なう場合や、②特別訪問看護指示書に係る訪問看護を行なう場合、③「厚生労働大臣が定める疾病等の者」(特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 ※1)に対して訪問看護を行なう場合は、介護保険の対象者(要介護被保険者等)であっても医療保険(訪問看護療養費)で算定することができます。

平成26年度改定では、精神科訪問看護基本療養費Ⅱだけでなく、精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢを算定する訪問看護を行う場合は介護保険の対象者であっても医療保険で算定することになりましたが、認知症でない患者に限られています。

なお、「厚生労働大臣が定める疾病等の者」(※1)は、以下の通りです。

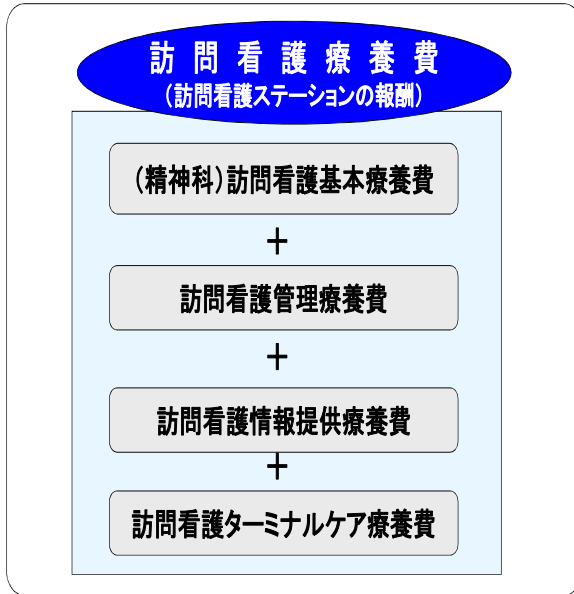
「厚生労働大臣が定める疾病等の者」(※1)
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群。)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態の者

1. 訪問看護療養費について

健康保険法及び高齢者医療確保に基づく指定訪問看護に対する訪問看護ステーションの報酬は、訪問看護療養費として支給されます。

訪問看護療養費は、(精神科)訪問看護基本療養費の額に、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費の額を加えた合計額となります。

なお、訪問看護ステーションの報酬としては、訪問看護を受けた利用者が支払った基本利用料(費用の1割から3割負担)を差し引いた額が支払われます。



2. 精神科訪問看護基本療養費について

訪問看護療養費	精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)	精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)	精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)	精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)
対象者	同一建物居住者等以外の1名の利用者 精神疾患を有する者とその家族	精神障害者施設の複数の入所者	同一建物に居住している複数の利用者 精神疾患を有する者とその家族	入院中に退院後の訪問看護を受けようとする者
実施者	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患を有する者に対する看護に相当の経験を有する保健師、看護師、准看護師、作業療法士 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)は、准看護師を除く 			
主治医との関係	対象者の主治医の精神科訪問看護指示書に基づいて、精神疾患を有する者を対象として訪問看護を行う場合は、その特性を踏まえ精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を作成し、主治医へ定期的に提出			
訪問看護記録書	初回の訪問時	病歴、家族の構成、家庭での看護の状況、家屋の状況、日常生活活動の状況、保健福祉サービスの利用状況等の概要を記入		
	毎回の訪問時	訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要及び訪問に要した時間(特別地域訪問看護加算を算定する場合)を記入		
	訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間(開始時刻及び終了時刻)及び訪問人数等について記録し、保管			
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 末期の悪性腫瘍等の利用者に対し、同月に算定できる訪問看護ステーション数 : 3箇所 特別訪問看護指示書の交付対象者等に対し、同月に算定できる訪問看護ステーション数 : 2箇所 			
	<ul style="list-style-type: none"> 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師が配置されている施設に入院(入所)中の場合や、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護を受けている場合は算定不可 訪問看護ステーションと特別の関係で、かつ、訪問看護指示書を交付した医師が所属する保険医療機関等において、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅末期医療総合診療料、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、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料又は精神科訪問看護・指導料のいずれかを算定した日は算定不可 			

(1) 精神科訪問看護基本療養費の概要

平成24年度改定前の訪問看護基本療養費では、精神科の訪問看護に着目した評価は精神障害者施設等に入所している複数の者に対する訪問看護基本療養費(Ⅱ)のみとなっていました。居宅で療養している精神疾患を有する者に対して訪問看護を行なう場合は、身体的

なケアを前提とした報酬体系である訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定することになっていましたが、通院が困難な者に限定されていました。

精神疾患を有する場合には、同居家族に対して服薬の仕方や急性増悪時の対応等のケアが必要であり、家族に対するアドバイスや説明が非常に重要な役割となっています。

そのため、医療機関からの精神科訪問看護(精神科訪問看護・指導料)では精神疾患を有する者又はその家族等が精神科訪問看護の対象者となっており、平成24年度改定で訪問看護基本療養費に精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)～(Ⅳ)が新設され、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)では「精神疾患を有する者とその家族等」が訪問看護の対象者となりました。

精神科訪問看護基本療養費は、主治医の精神科訪問看護指示書の交付日から指示書に記載された有効期限内(最長6ヶ月)に、訪問看護ステーションがその指示書と精神科訪問看護計画書に基づいて看護師等が訪問看護を行なった場合に支給されますが、利用者の居住施設(精神障害者施設、同一建物等)及び対象人数(1人又は複数)又は入院患者の試験外泊によって、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)～(Ⅳ)の4つに区分されています。

精神科訪問看護基本療養費を算定する場合には、以下の(1)～(4)のいずれかに該当する精神疾患を有する者に対する看護について相当の経験を有する保健師等(保健師、看護師、准看護師又は作業療法士)が訪問看護を行うことが必要となります。つまり、精神科訪問看護は研修修了者若しくは経験者でなければ行えないことになります。

- (1) 精神科を標榜する医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を1年以上有する者
- (2) 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を1年以上有する者
- (3) 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を1年以上有する者
- (4) 専門機関等が主催する精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした20時間以上を要し、修了証が交付される研修を修了している者

なお、研修は次の内容を含むものとなります。

- ア 精神疾患を有する者に関するアセスメント
- イ 病状悪化の早期発見・危機介入
- ウ 精神科薬物療法に関する援助
- エ 医療継続の支援
- オ 利用者との信頼関係構築、対人関係の援助
- カ 日常生活の援助
- キ 多職種との連携

(4)の「専門機関等が主催する精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした20時間以上の研修」は、一般社団法人全国訪問看護事業協会が主催している「精神訪問看護集中講座」、「精神科訪問看護基本療養費算定要件研修会」、公益財団法人日本訪問看護財団が主催している「精神障害者の在宅看護セミナー」、一般社団法人日本精神科看護協会が主催している「精神科訪問看護研修会～基礎編～」等が該当します。

また、主治医の精神科訪問看護指示書に基づいて、精神疾患を有する者を対象として精神科訪問看護を行う場合は、その特性を踏まえ精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を作成し、主治医へ精神科訪問看護計画書と精神科訪問看護報告書を定期的に報告することになります。なお、訪問看護は訪問看護計画に基づいて行われるため、精神科訪問看護計画についても精神疾患を有する者に対する看護について相当の経験を有する保健師、看護師又は作業療法士が作成することが必要となります。

(2) 訪問看護記録書

訪問看護記録書では、初回の訪問時には病歴、家族の構成、家庭での看護の状況、家屋の状況、日常生活活動の状況、保健福祉サービスの利用状況等の概要を記入し、毎回の訪問時には訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容（訪問先、食生活・清潔・排泄・生活リズム・部屋の整頓等、精神状態、服薬等の状況、作業・対人関係、実施した介護の内容等）、指定訪問看護に要した時間等の概要及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合）を記入することになります。なお、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくことが必要となります。

(3) 同月に算定可能な訪問看護ステーション数

同一利用者に対する同月に算定可能な訪問看護ステーション数は、原則 1 箇所となりますが、小規模な訪問看護ステーションでは利用者のニーズに対応できない場合があるため、平成 22 年度改定では週 4 日以上訪問看護が必要な末期の悪性腫瘍等の利用者に対して、同月に訪問看護療養費を算定することができる訪問看護ステーション数の制限が以下のように緩和されました。ただし、1 人の利用者に対して複数の訪問看護ステーションが訪問看護を行う場合は、それぞれの訪問看護ステーションで同一日に算定することはできません。

平成24年度改定では、緩和ケア及び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医療機関の看護師等と共同で訪問看護を行った場合は訪問看護療養費を算定することが可能となりました。

同月に算定可能な訪問看護ステーション	算 定 要 件
2箇所	・特別訪問看護指示書の交付対象者で、週 4 日以上訪問看護を計画している場合 ・「厚生労働大臣が定める疾病の者」(※1)及び「特別な管理が必要な者」(※4)
3箇所	末期の悪性腫瘍等の「厚生労働大臣が定める疾病等の者」(※1)及び「厚生労働大臣が定める状態等の者」(※4)（特掲診療料の施設基準等別表第8の各号に掲げる者）で週 7 日の指定訪問看護を計画している場合

(4) 複数の実施主体による訪問看護の取扱い

平成28年度改定では、医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は訪問看護指示書の交付関係にある訪問看護ステーション以外であっても、同一の利用者に、医療機関が精神科訪問看護・指導料、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料のいずれかを算定した月は、訪問看護療養費を算定することができなくなりました。ただし、以下に掲げる①～⑥の場合は、同一月に訪問看護療養費の算定が可能となります。

なお、⑥の場合は、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5日）が限度となります。また、⑥については、平成29年3月31日までの間は、医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合であっても算定することができます。

- ① 基準告示第2の1に規定する疾病等(末期の悪性腫瘍等)の利用者について、在宅患者訪問看護・指導料等を算定した場合
- ② 特別訪問看護指示書又は**精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者であって週4日以上**の指定訪問看護が計画されている場合
- ③ 医療機関を退院後1月以内の利用者であって当該医療機関が在宅患者訪問看護・指導料若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合又は**医療機関を退院後3月以内の利用者であって当該医療機関が精神科訪問看護・指導料を算定した場合**
- ④ 緩和ケア及び褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師が、訪問看護ステーションの看護師又は当該利用者の在宅療養を担う医療機関の看護師と共同して指定訪問看護を行った場合
- ⑤ **精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する利用者**
- ⑥ **精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出ている医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行った場合**

また、同一の利用者について、訪問看護療養費を算定できる場合であっても、精神科訪問看護・指導料等を算定した日は、訪問看護療養費を算定することはできません。

ただし、上記の③（医療機関を退院後3月以内の利用者であって当該医療機関が精神科訪問看護・指導料を算定した場合等）及び④の場合並びに特別の関係にある医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料1を算定する利用者に対して精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導が行われる場合に限る）を算定する場合又は医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料2を算定する利用者に対して精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、同一日に訪問看護療養費を算定することができます。

(5)算定上の留意事項

訪問看護ステーションと特別の関係にあり、かつ、訪問看護指示書を交付した医師が所属する医療機関等において、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者訪問栄養食事指導料のいずれかを算定した日は、訪問看護基本療養費を算定することはできません。ただし、以下の（ア）～（ウ）に該当する場合は算定することができます。

- (ア) 当該訪問看護ステーションが訪問看護を行った後、利用者の病状の急変等により、医療機関等が往診を行って往診料を算定した場合
- (イ) 利用者が医療機関等を退院後1ヶ月経過するまでに往診料等のいずれかを算定した場合
- (ウ) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定に必要なカンファレンスを実施する場合で、当該患者に対し継続的な訪問看護を実施する必要がある場合(在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する場合に限る)

なお、特別の関係とは、医療機関等の開設者が他の医療機関等の開設者と同一の場合、医療機関等の代表者が他の医療機関等の代表者と同一の場合や代表者の親族等の場合、又は医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち他の医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合等が該当します。

3. 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）について

実施者	精神疾患を有するものに対する看護に相当の経験を有する者				
	保健師、看護師、作業療法士		准看護師		
実施時間	30分未満	30分以上	30分未満	30分以上	
精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）					
対象者	同一建物居住者以外（精神疾患を有する者又はその家族）				
週3日まで	4,250円	5,550円	3,870円	5,050円	
週4日目以降	5,100円	6,550円	4,720円	6,050円	
精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）					
対象者	同一建物居住者（精神疾患を有する者又はその家族）				
同一日 2人まで	週3日まで	4,250円	5,550円	3,870円	5,050円
	週4日目以降	5,100円	6,550円	4,720円	6,050円
同一日 3人以上	週3日まで	2,130円	2,780円	1,940円	2,530円
	週4日目以降	2,550円	3,280円	2,360円	3,030円
算定方法	精神疾患を有する者又はその家族等に、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関において精神科を担当する医師）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、訪問看護ステーションの保健師等（保健師、看護師、作業療法士、准看護師）が訪問看護を行った場合に所定額を算定				
算定回数	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科訪問看護基本療養費・訪問看護基本療養費を合わせて週3日（退院後3ヶ月以内の期間は週5日） ・主治医から特別訪問看護指示書の交付を受けた場合、交付日から14日を限度として月1回に限り算定可 				

(1) 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）の概要

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）では、精神疾患を有する者又はその家族等に、それらの者の主治医（精神科を標榜する医療機関において精神科を担当する医師）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、訪問看護ステーションの保健師等（保健師、看護師、作業療法士、准看護師）が訪問看護を行った場合に、算定することができます。

同一建物居住者及び精神障害者施設入所者の複数利用者以外、つまり、1名の利用者に対して訪問看護を行った場合は精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）を、同一建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料法人ホーム、特別養護老人ホーム、マンション等の住宅等）に居住している複数の利用者に対して訪問看護を行った場合は精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定することになります。

(2) 算定方法

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）は週3日算定することになりますが、利用者の退院後3ヶ月以内に行われる場合に限り週5日算定することができます。

ただし、精神科特別訪問看護指示書が交付された者に対する訪問看護は、精神科特別訪問看護指示書の交付の日から起算して14日以内に行った場合に、14日を限度として所定額を月1回に限り算定することができます。

精神科特別訪問看護指示書が交付された利用者に対する訪問看護は、利用者の病状等を

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

十分把握し、一時的に頻回に訪問看護が必要な理由を訪問看護記録書に記載し、訪問看護計画書の作成及び訪問看護の実施等において主治医と連携を密にすることが求められています。頻回に精神科特別訪問看護指示書が交付されている利用者については、その旨を訪問看護療養費明細書に記載することが必要です。

訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）の訪問看護の実施時間は、30分から1時間30分程度となっていました。精神科訪問看護では、身体的なケアを前提とした訪問看護とは異なり特に服薬管理を行うことが必要となります。そのため、実際には短時間の訪問看護を行なうことも多いため、平成24年度改定で新設された精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）では30分未満の区分が新設され、「30分未満」と「30分以上」の2区分となりました。

平成26年度改定では、同一日の同一建物居住者の訪問看護（精神科訪問看護基本療養費Ⅲ）については、2人目までは同一建物居住者以外（精神科訪問看護基本療養費Ⅰ）と同じ点数を算定することになったため、評価が上げられています。ところが、3人目以上の場合は大幅に評価が引下げられ、1人目から同一建物居住者以外の評価の約1/2の点数を算定することになりました。

（3）加算について

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）では、複数名精神科訪問看護加算、精神科緊急訪問看護加算、長時間精神科訪問看護加算、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算、特別地域訪問看護加算、更に平成26年度改定で新設された精神科複数回訪問加算を算定することができます。

加算項目	精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）	
複数名精神科訪問看護加算 (30分未満除く)	保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士と同時に行う場合	+4,300円/1日1回
	保健師又は看護師が准看護師と同時に行う場合	+3,800円/1日1回
	保健師又は看護師が精神保健福祉士・看護補助者と同時に行う場合	+3,000円/週1回
精神科緊急訪問看護加算	患者又はその家族の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の精神科医の指示により、緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合	+2,650円/1日1回
長時間精神科訪問看護加算	長時間の訪問を要する者に対し、長時間(1回の訪問看護の時間が90分を超えた場合)にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合 ※15歳未満の超重症児又は準超重症児については週3回算定	+5,200円/週1回 ※
夜間・早朝訪問看護加算	夜間(午後6時から午後10時)又は早朝(午前6時から午前8時)に行った場合	+2,100円/1日1回
深夜訪問看護加算	深夜(午後10時から午前6時)に行った場合	+4,200円/1日1回
特別地域訪問看護加算	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訪問看護を行った場合	所定点数の50/100 (1日1回)
精神科複数回訪問加算	精神科重症患者早期集中支援管理料2を算定する医療機関と連携する訪問看護ステーションが、精神科重症患者早期集中支援管理料の算定患者に対して、1日に複数回訪問看護を行った場合	1日2回訪問 +4,500円/1日1回
		1日3回以上訪問 +8,000円/1日1回

1) 複数名精神科訪問看護加算（平成 22 年度改定で新設）

訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算は、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対して複数名で行う訪問看護の評価が平成 22 年度改定で新設されましたが、精神保健福祉士等は評価されていませんでした。

医療機関からの訪問看護では、精神保健福祉士が実施者の対象となっていますが、訪問看護ステーションからの訪問看護では、精神保健福祉士は実施者の対象外となっており、精神保健福祉士は訪問看護ステーションから精神科訪問看護を行なうことができない状況となっていました。精神科訪問看護では、施設の利用の問題や、住環境に対する問題、仕事や家族に対する問題等に対応することが必要で、精神保健福祉士の役割は重要です。

そのため、平成 24 年度改定で新設された精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算では、増加する需要や多様なニーズに対応し効率的かつ質の高い訪問看護を推進するため、精神保健福祉士等の評価が新設され、精神保健福祉士は単独で訪問看護を行うことはできませんが、保健師又は看護師と同行訪問することが可能となりました。

複数名精神科訪問看護加算は、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、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、複数名精神科訪問看護加算を算定することになりますが、30分未満の訪問看護を行なった場合は算定することはできません。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った場合は1日1回4,300円を、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った場合は1日1回3,800円を、保健師又は看護師が精神保健福祉士又は看護補助者と同時に訪問看護を行う場合は3,000円を週1回加算することができます。

なお、看護師と同行する看護補助者は常に同行する必要はありませんが、必ず居宅において両者が同時に滞在する一定の時間を確保することが必要です。

2) 精神科緊急訪問看護加算

訪問看護基本療養費の緊急訪問看護加算の算定は在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の医師の指示が必要でしたが、在宅療養支援診療所以外の診療所との連携により生じた緊急時の訪問看護の評価を行うため、平成24年度改定で算定要件が「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の医師の指示」から「診療所又は在宅療養支援病院の医師の指示」に変更されました。

精神科緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の主治医の指示で、連携する訪問看護ステーションの看護師等が緊急に訪問看護を行った場合は1日1回2,650円を加算することができます。

この加算は、診療所又は在宅療養支援病院が、24 時間往診及び指定訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院において、連絡担当者（24 時間連絡を受ける医師又は看護職員）の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等を文書で提供している利用者に限り算定することができます。なお、指示を行った診療所又は在宅療養支援病院の主治医は、指示内容を

診療録に記載することが必要です。

また、緊急訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこととなります。

平成28年度改定では、医療ニーズが高く複数の訪問看護ステーションからの訪問を受けている利用者に対して、同一日に2か所目の訪問看護ステーションが利用者等からの求めに応じて、主治医の指示に基づき緊急訪問を実施した場合に、2か所目の訪問看護ステーションが精神科緊急訪問看護加算を算定することが可能となりました。そのため、複数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利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行った場合は、緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションは精神科緊急訪問看護加算のみ算定することができます。ただし、緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を届け出していない場合又は当該利用者に対して過去1月以内に指定訪問看護を実施していない場合は算定することができません。

3) 長時間精神科訪問看護加算

医療保険の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合に算定可能となっていました。平成24年度改定では90分以上から算定が可能な介護保険の長時間訪問看護との整合性を図るため、1回の訪問看護の時間が90分以上を超えた場合に算定することが可能となりました。

「長時間の訪問を要する者」に対して、1回の訪問看護の時間が90分を超えた場合は、5,200円を週1回（15歳未満の超重症児、準超重症児は週3回）加算することができます。

長時間訪問看護加算を算定した日以外の日、利用者の希望（選定）で訪問看護に要する平均的な時間（90分）を超える訪問看護を行った場合は、その他の利用料として差額費用（訪問看護ステーションが定めた額）を受け取ることができます。

「長時間の訪問を要する者」は、以下の(1)～(3)のいずれかに該当することが必要です。

- (1) 15歳未満の超重症児、準超重症児
- (2) 「厚生労働大臣が定める状態等の者」(※4) (特掲診療料の施設基準等別表第8の各号に掲げる者)
- (3) 特別訪問看護指示書に係る訪問看護を受けている者

4) 夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算（平成24年度改定で新設）

平成24年度改定では、患者の負担軽減及び介護保険の訪問看護との整合性が図るため、医療保険の訪問看護ステーションからの訪問看護では、時間外に当たる費用を「その他の利用料」として患者から自費を徴収していましたが、介護保険と同様に早朝、夜間及び深夜の評価が新設されました。

平成24年度改定で新設された精神科訪問看護・指導料の加算と同様に、夜間（午後6時から午後10時）又は早朝（午前6時から午前8時）に精神科訪問看護・指導を行った場合は夜間・早朝訪問看護加算2,100円を、深夜（午後10時から午前6時）に精神科訪問看護・指導を行った場合は深夜訪問看護加算4,200円を算定することができます。

5) 特別地域訪問看護加算

「厚生労働大臣が定める地域」(※2)に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、訪問看護ステーションの所在地から最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上要する利用者の居宅を訪問し訪問看護を行った場合に、(訪問看護基本療養費の50/100×訪問日数)の額を加算することができます。なお、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道1時間以上となった場合は算定することはできません。

「厚生労働大臣が定める地域」(※2)	
1.	離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
2.	奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域
3.	山村振興法第7条第1項の規定により振興山村として指定された山村の地域
4.	小笠原諸島振興開発特別措置法第2条第1項に規定する小笠原諸島の地域
5.	沖縄振興特別措置法第3条第3号に規定する離島
6.	過疎地域自立促進特別措置法第2条第1項に規定する過疎地域

6) 精神科複数回訪問加算(平成26年度改定で新設)

平成26年度改定では、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進するため、医療機関と連携して1日複数回行う訪問看護の評価として精神科複数回訪問加算が新設されました。

精神科重症患者早期集中支援管理料2を算定する医療機関と連携する訪問看護ステーションの看護職員等が、精神科重症患者早期集中支援管理料2の算定患者に対して、連携医療機関の主治医の指示に基づき、1日に2回の精神科訪問看護を行った場合は患者1人につき450点を、1日3回以上の訪問看護を行った場合は患者1人につき800点を加算することができます。なお、精神科重症患者早期集中支援管理料については、第4章特掲載診療料「精神科専門療法」の項目(P173)を参照ください。

(4) 算定上の留意事項

同一の利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費(I)及び精神科訪問看護基本療養費(III)を算定する場合は、精神科訪問看護基本療養費(I)及び(III)、訪問看護基本療養費の算定日を合わせて、原則週3日算定することになります。

4. 精神科訪問看護基本療養費(II)について

精神科訪問看護基本療養費(II)		
対象者	精神障害者施設(グループホーム、障害者支援施設、福祉ホーム)の複数の入所者	
実施者	精神疾患を有するものに対する看護に相当の経験を有する保健師、看護師、作業療法士	
算定方法	精神障害者施設の了解を得て、主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書・精神科訪問看護計画書に基づき、複数の対象者に対して同時に訪問看護を行なった場合に、週3日を限度として算定	1,600円/日
	保健師等1名が1日に訪問する利用者の数は5名程度を標準とし8名を限度	
実施時間	1時間～3時間程度を標準	
延長時間加算	実施時間が3時間を超えた場合は、3時間を超えた時間について5時間を限度として1時間につき400円を算定可	

(1) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)の概要

平成24年度改定では精神科訪問看護基本療養費が新設され、訪問看護基本療養費(Ⅱ)は精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)となりましたが、算定要件等の内容に変更はありません。

精神障害者施設(グループホーム、ケアホーム、障害者支援施設、福祉ホーム)の精神疾患を有する複数の入所者(要介護者、要支援者を含む)に対して、保健師等(准看護師を除く)が同時に訪問看護を行った場合は精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定することになります。

(2) 算定方法

精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)は、精神障害者施設の了解を得て複数の入所者に対して、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が訪問看護(精神障害者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)を行った場合は、1日1,600円を週3日算定することができます。保健師等1名が1日に訪問する利用者の数は5名程度を標準とし8名を越えることはできません。

(3) 加算について

精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)では、延長訪問加算、特別地域訪問看護加算を算定することができます。

延長時間加算は、訪問看護の実施時間が3時間を超えた場合に、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400円を加算することができます。特別地域訪問看護加算については、本章の精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)の加算項目を参照ください。

(4) 算定上の留意事項

訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)では1時間から3時間程度が標準となっています。

看護を担当する者に対する社会復帰指導に要する費用については、所定額に含まれ算定することはできません。

5. 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)(平成24年度改定で新設)

精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)		
対象者	退院後の訪問看護を受けようとする精神疾患を有する入院患者	
実施者	精神疾患を有するものに対する看護に相当の経験を有する 保健師、看護師、准看護師、作業療法士	
算定方法	・主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書・精神科訪問看護計画書に基づき、在宅療養に備えて一時的に外泊(1泊2日以上)している者に対して訪問看護を行なった場合に、入院中1回算定 ・別に厚生労働大臣が定める疾病等の場合は入院中2回算定可	8,500円/回
	訪問看護管理療養費は算定不可	

平成24年度改定では、患者の試験外泊時の訪問看護を拡充するため、精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)が新設されました。

入院中に退院後の訪問看護を受けようとする者が在宅療養に備えて一時的に外泊（1泊2日以上）をする際に、訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師、作業療法士が訪問看護を行った場合は、原則、入院中1回8,500円を算定することができます。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の場合は入院中2回算定することが可能です。

算定対象者は、1) 在宅医療に備えた一時的な外泊で訪問看護が必要な者、2) 「厚生労働大臣が定める疾病等の者」(※1：P291)、3) 「厚生労働大臣が定める状態等の者」(※4：P306) となります。

訪問看護基本料療養費(Ⅳ)では、特別地域訪問看護加算を算定することができますが、その他の加算や訪問看護管理療養費を算定することはできません。特別地域訪問看護加算については、本章の精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)の加算項目(P300)を参照ください。

6. 訪問看護管理療養費について

訪問看護療養費	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	12,400円
			ロ	機能強化型訪問看護管理療養費2	9,400円
			ハ	イ又はロ以外の場合	7,400円
	2	月の2日目以降の訪問の場合			2,980円
算定方法	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が主治医に(精神科)訪問看護計画書及び(精神科)訪問看護報告書を提出するとともに主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め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算定可				
安全な提供体制の整備	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等を文書化 2. 訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制を整備 3. 訪問看護利用者に対して褥瘡のリスク評価の実施、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画の作成、実施及び評価(褥瘡アセスメントの記録については、「褥瘡対策に関する看護計画書」を踏まえて記録し、褥瘡患者数等を毎年7月1日に報告) 				
算定上の留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問看護管理療養費には利用者又は家族等との電話連絡、療養に関する相談等、訪問看護の実施に関する計画的な管理に要する費用は含まれる。 ●主治医に対して訪問看護報告書を提出した場合は、その写しを訪問看護記録書に添付、訪問看護報告書と訪問看護記録書の内容が同一の場合は訪問看護記録書に提出年月日を記録することでこれに代えることができる。等 				

(1) 訪問看護管理療養費の概要

訪問看護管理療養費は、安全な提供体制を整備し、かつ、精神科訪問看護基本療養費を算定すべき訪問看護を行っている訪問看護ステーションが主治医に精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を書面又は電子的方法により提出するとともに主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め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、算定することができます。

平成24年度改定では、在宅で医療ニーズの高い患者が増加していることから、さらなる訪問看護の充実を図るため、訪問看護管理療養費の月12日までの算定制限が削除されました。平成26年度改定では、消費税8%への引上げに伴う対応分として、月の初日の訪問の場合は100円を、月の2日目以降の訪問の場合は30円が上乗せされました。また、在宅医療を推進するため、常勤看護職員数、24時間対応、ターミナルケア療養費等の算定数、重症者の受け入れ数、居宅介護支援事業所の設置等の要件をすべて満たしている場合の評価(機能強化型訪問看護管理療養費)が新設されました。

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

月の初日の訪問看護の場合は機能強化型訪問看護管理療養費の施設基準を満たす場合に、機能強化型訪問看護管理療養費 1 の場合は 12,400 円を、機能強化型訪問看護管理療養費 2 の場合は 9,400 円を、それ以外の場合は 7,400 円を、月の 2 日目以降の場合は 1 日 2,980 円を算定することができます。

平成 28 年度改定では、署名又は記名・押印が求められている訪問看護指示書等について、電子的に署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受した場合でも算定することが可能となりました。そのため、電子的方法によって、個々の利用者の訪問看護に関する計画等を主治医に提出する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成 25 年 10 月）を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すことが必要となります。

(2) 機能強化型訪問看護管理療養費（平成 26 年度改定で新設）

届出基準		機能強化型 訪問看護管理療養費 1	機能強化型 訪問看護管理療養費 2
1	常勤看護職員（サテライト配置の看護職員含む）	7人以上	5人以上
2	特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する月間の利用者	10人以上	7人以上
ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績(以下の①～③のいずれかを満たすこと)			
3	① ターミナルケア件数の年間合計数	20件以上	15件以上
	② ターミナルケア件数の年間合計数	15以上	10以上
	15歳未満の超重症児及び準超重症児の常時利用者数	4人以上	3人以上
③ 15歳未満の超重症児及び準超重症児の常時利用者数	6人以上	5人以上	
4	24時間対応体制加算の届出を行っていること。		
5	指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の居宅サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により居宅サービス計画を作成されている者が一定程度以上		
6	休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行う。また、営業日以外であっても、24 時間 365 日訪問看護を必要とする利用者に対して、訪問看護を提供できる体制を確保し対応		
7	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。		
<ul style="list-style-type: none"> ■ ターミナルケア件数は、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及び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 ■ 超重症児及び準超重症児は、「超重症児(者)判定基準」による判定スコアが 10 以上 ■ 機能強化型、従来型を問わず、訪問看護事業所について、毎年7月1日現在で届出書の記載事項を報告 			

機能強化型訪問看護管理療養費は、24時間対応体制加算の届出や指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること等が算定要件となっています。

平成28年度改定では、在宅医療を推進するため、機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件の年間看取り件数に、在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者を含むことになり、機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件において、看取り件数だけでなく、超重症児等の小児を受け入れている実績が評価されました。

機能強化型訪問看護管理療養費 1 は、常勤看護職員7人以上（サテライトに配置している

看護職員も含む)、末期の悪性腫瘍等(別表第7に掲げる疾病等 ※1:P291)の重症者の利用者が月に10人以上、①～③(①ターミナルケア件数の年間合計数が20件以上、②ターミナルケア件数の年間合計数が15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数が常時4人以上、③15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数が常時6人以上)のうちいずれかを満たすことが必要となります。

機能強化型訪問看護管理療養費2は、常勤看護職員5人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)、末期の悪性腫瘍等(別表第7に掲げる疾病等 ※1:P291)の重症者の利用者が月に7人以上、①～③(①ターミナルケア件数の年間合計数が15件以上、②ターミナルケア件数の年間合計数が10以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数が常時3人以上、③15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数が常時5人以上)のうちいずれかを満たすことが必要となります。

(3)安全な管理体制の整備

「安全な提供体制の整備」とは、安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が明文化され、訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていることが必要となります。

平成26年度改定では、在宅における褥瘡対策を推進するため、訪問看護利用者に対して褥瘡のリスク評価の実施、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画の作成、実施及び評価等が訪問看護管理療養費の算定要件に追加され、訪問看護ステーションに係る届出書の記載事項について毎年7月1日現在の状況を報告する際に、褥瘡患者数等も報告することになりました。

(4)算定上の留意事項

訪問看護管理療養費には利用者又は家族等との電話連絡、療養に関する相談等、訪問看護の実施に関する計画的な管理に要する費用は含まれます。

主治医に対して訪問看護報告書を提出した場合は、その写しを訪問看護記録書に添付することになりますが、訪問看護報告書と訪問看護記録書の内容が同一の場合は訪問看護記録書に提出年月日を記録することでこれに代えることができます。

なお、訪問看護の実施に関する計画的な管理に当たっては、特別区を含む市町村において実施する保健福祉サービスとの連携に十分配慮することが求められています。

平成26年度改定では、精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書に衛生材料の記載欄が新設され、訪問看護計画書・報告書を活用した衛生材料の整備が図られました。そのため、訪問看護ステーションでは、必要な衛生材料の量を精神科訪問看護計画書に記載し主治医に提出することになります。また、衛生材料の使用実績については、精神科看護報告書に記載し主治医に報告することが必要となりました。

(5)加算について

訪問看護管理療養費では、24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算、特別管理加算、特別管理指導加算、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、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を、更に平成26年度改定で新設された精神科重症患者

早期集中支援管理連携加算を算定することができます。

訪問看護管理療養費の加算項目		
24時間対応体制加算 (24時間連絡体制加算)	利用者又はその家族等に対して24時間対応体制(24時間連絡体制)の場合は、月1回算定(利用者等から同意を得ておくことが必要)	+5,400円 (+2,500円)
特別管理加算	特別な管理を必要とする利用者に対して、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に月1回算定 (重症度等の高い利用者の場合)	+2,500円 (+5,000円)
特別管理指導加算	退院時共同指導加算の算定者で特別な管理が必要な利用者の場合	+2,000円
退院時共同 指導加算	主治医の所属する医療機関に入院中又は介護老人保健施設に入所中で、退院又は退所に当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が、主治医の所属する医療機関等の職員とともに、在宅での療養上必要な指導を行い、内容を文書により提供した場合に1人1回(がん末期等は2回)算定	+6,000円
退院支援指導加算	退院に当たって、看護師等(准看護師を除く)が、在宅での療養上必要な指導を行った場合に、原則、初日の訪問看護実施日に1回算定	+6,000円
在宅患者 連携指導加算	看護師等(准看護師を除く)が利用者の診療情報を月2回以上医療関係職種間で文書等により共有し、その診療情報等を踏まえ療養上必要な指導を行った場合に月1回算定	+3,000円
在宅患者緊急時等カン ファレンス加算	看護師等(准看護師を除く)が利用者の状態の急変等に伴い、主治医の求めで医療関係職種等が居宅に赴き一堂に会してカンファレンスを行い療養上必要な指導を行った場合に月2回算定	+2,000円
精神科重症患者早期 集中支援管理連携加算	精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定し、精神科訪問看護を週2回以上実施した場合に、月1回6月を限度として算定	+6,400円

1) 24時間対応体制加算及び24時間連絡体制加算

「24時間対応体制」又は「24時間連絡対応体制」(※3:P306)を地方厚生局長等に届け出し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、原則、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が「24時間対応体制」又は「24時間連絡対応体制」にある旨を説明し、その同意を得た場合には、「24時間対応体制」の場合は5,400円を、「24時間連絡体制」の場合は2,500円を月1回加算することができます。

24時間対応体制加算及び24時間連絡体制加算を算定する利用者に対する説明に当たって、利用者等に対して訪問看護ステーションの名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付し、利用者等から電話等により看護に関する意見を求められ、これに対応した場合及び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が必要です。

ただし、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加算のため、利用者が当該月に他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算及び24時間連絡体制加算を算定している場合は、算定することはできません。

なお、24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算は、1つの訪問看護ステーションで、いずれか一方のみを算定することになるため、利用者によって24時間対応体制加算又は24

時間連絡体制加算を選択的に算定することはできません。

「24 時間対応体制」・「24 時間連絡体制」(※3) (地方厚生(支)局長に届出必要)	
24 時間対応体制	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、かつ、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制
24 時間連絡体制	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

2) 特別管理加算 (平成 24 年度改定で重症者加算から名称変更)、特別管理指導加算 (平成 24 年度改定で新設)

平成24年度改定では、重症者管理加算を介護保険の特別管理加算に名称を統一し、算定要件であった「1月に4日以上 of 訪問看護の実施」が削除され、介護保険の訪問看護との整合性が図られました。

「特別な管理が必要な者」(※4: P306)に対して訪問看護を行うにつき、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その他必要な体制の整備を地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションが、利用者の訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、所定額に月1回2,500円を加算することができます。ただし、「特別な管理が必要な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者」(※5: P306)の場合は、5,000円を加算することができます。

なお、訪問の際、症状が重篤であった場合は、速やかに医師による診察を受けることができるよう必要な支援を行うこととなります。

また、平成24年度改定で特別管理指導加算が新設され、退院後、特別な管理が必要な患者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、当該保険医の指示を受けた看護師、訪問看護ステーションの看護師が、退院時に共同で指導を行った場合は、退院時共同指導加算に加えて特別指導管理加算2,000円を加算することができます。

「特別な管理が必要な者」とは、以下の「厚生労働大臣が定める状態等の者(特掲診療料の施設基準等別表第8の各号に掲げる者)」(※4)が該当します。

「特別な管理が必要な者」
「厚生労働大臣が定める状態等の者(特掲診療料の施設基準等別表第8の各号に掲げる者)」(※4)
(1) 在宅悪性腫瘍患者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利用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利用者 (※5) (2) 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若しくは在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある利用者 (3) 人工肛門若しくは人工膀胱を設置している状態にある利用者 (4) 真皮を越える褥瘡の状態にある者 (※6) ① NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度 ② DESIGN-R(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5 (5) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者 (※7)

なお、「特別な管理が必要な者のうちで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にある者」(※5)とは、上記の(1)が該当します

■「真皮を越える褥瘡の状態にある者」(※6) (平成22年度改定で対象者に追加)

「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合は、定期的(1週間に1回以上)に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価(褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット)を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケア(利用者の家族等への指導を含む)について訪問看護記録書に記載します。

■「在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者」(※7)

「在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者」に対して重症者管理加算を算定する場合は、管理指導の指示書による点滴注射が終了した日及びその他必要が認められる場合には、主治医への連絡を速やかに行うことになります。また、訪問看護記録書に在宅患者訪問点滴注射指示書を添付の上、点滴注射の実施内容を記録することが必要です。

3) 退院時共同指導加算

訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する病院等に入院中又は介護老人保健施設に入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、准看護師を除く訪問看護ステーションの看護師等が、主治医又はその所属する病院等又は介護老人保健施設の職員とともに、訪問看護を受けようとする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は、初日の訪問看護の実施日に1回6,000円を加算することができます。

ただし、末期の悪性腫瘍等の「厚生労働大臣が定める疾病等の者」(※1:P291)の利用者及び特別管理加算の対象者である「厚生労働大臣が定める状態等の者」(※4:P306)については、複数日に指導を実施した場合は、初日の訪問看護の実施日に6,000円を2回加算することができます。退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録することが必要です。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院時共同指導を行った場合でも算定することができます。

退院時共同指導加算は、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することが原則ですが、「厚生労働大臣が定める疾病等の者」(※1:P291)の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが退院時指導を行った場合は、合わせて2回まで算定することができます。そのため、退院時共同指導を行う場合は主治医の所属する医療機関又は介護老人保健施設に対し、他の訪問看護ステーションとの退院時共同指導の有無について確認することが必要となります。

ただし、訪問看護ステーションと特別の関係にある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、所定額を算定することはできません。

また、退院時共同指導を行った日数は、訪問看護管理療養費の算定に係る訪問日数に算入することはできません。

4) 退院支援指導加算

訪問看護を受けようとする者が末期の悪性腫瘍等の「厚生労働大臣が定める疾病等の者」(※1:P291)の利用者又は特別管理加算の対象者である「厚生労働大臣が定める状態等の者」(※4:P306)に該当する場合に、病院等から退院するに当たって、准看護師を除く訪問看護ステーションの看護師等が退院日に病院等以外で療養上必要な指導を行ったときは、退院日の翌日以降の訪問看護が行われた最初の日に6,000円を加算することができます。当該患者が最初の訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合は「死亡日」又は「再入院日」に算定することになります。退院支援指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録することが必要です。

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することができますが、利用者の退院時に訪問看護指示書の交付を受けていない場合は算定することはできません。

また、退院支援指導加算は、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することができるため、退院支援指導を行う場合は、主治医の所属する医療機関に対し、他の訪問看護ステーションとの退院支援指導の有無について確認することが必要となります。

5) 在宅患者連携指導加算

准看護師を除く訪問看護ステーションの看護師等が、利用者又はその家族等の同意を得て、在宅で療養を行っている通院が困難な利用者の訪問診療及び歯科訪問診療を実施している医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と月2回以上医療関係職種間で文書等(電子メール、ファクシミリでも可)により共有された診療情報を踏まえて、利用者又はその家族等に対して療養上必要な指導等を行った場合は、月1回3,000円を加算することができます。在宅患者連携指導を行った場合は、他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日、並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を訪問看護記録書に記載することが必要です。

ただし、単に医療関係職種間で利用者の診療情報を交換したのみの場合や、主治医との間のみで診療情報等を共有し訪問看護を行った場合、訪問看護ステーションと特別の関係にある医療機関等のみと診療情報等を共有した場合は、算定することはできません。

また、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することができるため、在宅患者連携指導加算に係る訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、利用者等に対して、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訪問看護を受けていないか確認することが必要となります。

他職種から情報提供を受けた場合は、できる限り速やかに利用者又はその家族等への指導等に反映させるよう留意し、利用者の療養上の指導に関する留意点がある場合は、速やかに他職種に情報提供するよう努めることが必要となります。

6) 在宅患者緊急時等カンファレンス加算

准看護師を除く訪問看護ステーションの看護師等が、通院が困難な在宅での療養を行っている利用者の状態の急変等に伴い、主治医の求めにより、関係する医療関係職種等（主治医等や歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員）と共同で居宅に赴き、カンファレンスに参加し、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は、月2回2,000円を加算することができます。関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行った場合は、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、利用者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を訪問看護記録書に記載することが必要となります。

主治医と利用者の訪問看護ステーションの看護師等と2者でカンファレンスを行った場合であっても算定することはできませんが、特別の関係にある関係者のみとカンファレンスを行った場合は算定することはできません。なお、末期の悪性腫瘍等の「厚生労働大臣が定める疾病」（※1：P291）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回まで算定することができます。ただし、同一回のカンファレンス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が算定することになります。

カンファレンスの目的のみをもって利用者の居住する場を訪問しカンファレンスの結果を受けた指導以外特段の指導を行わなかった場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）は併せて算定することはできません。

また、カンファレンスは、利用者の居住する場で行うことが原則ですが、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例外として認められています。

7) 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算（平成26年度改定で新設）

精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定し、精神科訪問看護を週2回以上実施した場合に、月1回に限り6月を限度として所定額に加算	+6,400円/月
施設基準	① 精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている訪問看護ステーション ② 24時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護ステーション、又は精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する利用者の主治医が属する医療機関が24時間の往診若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保	
留意事項	多職種会議を週1回以上開催し、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。	

平成26年度改定では、長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進するため、医療機関と連携して行う訪問看護の評価として精神科重症患者早期集中支援管理連携加算が新設されました。

精神科重症患者早期集中支援管理連携加算は、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、

支援計画を策定し、精神科訪問看護を週2回以上実施した場合に、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6月を限度として、月1回6,400円を算定することができます。ただし、特別の関係にある医療機関と連携して行う場合は、当該加算を算定することはできません。

精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の算定にあたっては、多職種会議を週1回以上開催し、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が必要となります。

医療機関と連携して設置する多職種チームには、保健師、看護師、または作業療法士、精神保健福祉士のいずれか1名以上が参加し、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や、緊急時に円滑な対応ができるよう、連携する医療機関との定期的な多職種会議の他、あらかじめ患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急対応に必要な診療情報について随時提供を受けていることが必要となります。

多職種が参加する定期的な会議の開催にあたっての留意点は、以下の通りです。

- ア 多職種会議においては、患者についての診療情報の共有、支援計画の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと
- イ 可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい
- ウ 支援計画の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、会議の要点および参加者の職種と署名を看護記録に記載し、説明に用いた文書の写しを添付すること

訪問看護ステーションと連携する医療機関が、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理料、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合は、同一時間帯に行う精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）等を算定することはできません。

精神科重症者早期集中支援管理料1を算定する医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、訪問看護ステーションは精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）等を算定せず、医療機関が精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定することになります。

精神科重症者早期集中支援管理料2を算定する医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）等を算定し、医療機関は在宅患者精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定することはできません。

また、精神科重症患者早期集中支援管理料2を算定する医療機関が24時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していない場合であって、当該訪問看護ステーションが24時間対応体制を届け出していないときは、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算を算定することはできません。

なお、精神科重症患者早期集中支援管理料については、第4章特掲載診療料「精神科専門療法」の項目（P173）を参照ください。

7. 訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費について

訪問看護 情報提供療養費	市町村等の実施する保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養の推進を評価	
	市町村等が利用者に健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス(入浴、洗濯等のサービスも含む。)等の福祉サービスを有効に提供するため、利用者の同意を得て、利用者の居住を管轄する市町村等に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算定可	1,500円/月1回
訪問看護 ターミナルケア療養費	●市町村等に対して提供した文書は、その写しを訪問看護記録書に添付	
	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の評価	
	●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場合を含む)に対して、その主治医の指示により、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制(訪問看護ステーションの連絡担当者氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項)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可	20,000円/死亡月
●算定時は、死亡した場所及び死亡時刻等を訪問看護記録書に記録		
留意事項	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可	

(1) 訪問看護情報提供療養費

訪問看護情報提供療養費は、市町村等の実施する保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを評価した報酬です。

市町村等が利用者に健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス(入浴、洗濯等のサービスも含む)等の福祉サービスを有効に提供するため、利用者の同意を得て、利用者の居住を管轄する市町村等に対して、訪問看護を行った日から2週間以内に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は月1回1,500円を算定することができます。市町村等に提供した文書は、その写しを訪問看護記録書に添付することが必要です。

なお、訪問看護情報提供療養費は、1人の利用者に対して1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定することができるため、他の訪問看護ステーションが市町村等に対して情報を提供し訪問看護情報提供療養費を算定している場合は算定することはできません。そのため、市町村等に対して情報の提供を行う場合は、利用者に対して他の訪問看護ステーションが市町村等に情報の提供が行われているか確認することが必要です。

また、市町村等が指定訪問看護事業者として訪問看護ステーションを開設している場合は、その市町村等に居住する利用者に係る訪問看護情報提供療養費を算定することはできません。

(2) 訪問看護ターミナルケア療養費

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した報酬です。

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場合を含む)に対して、その主治医の指示により、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係

る支援体制（訪問看護ステーションの連絡担当者氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項）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死亡月に1回20,000円を算定することができます。

在宅等での死亡に限らず、ターミナルケアを行った後、医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合であっても、在宅医療（在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料等）と同様に、平成22年度改定で算定することが可能となりました。

ただし、訪問看護ターミナルケア療養費は、1人の利用者に対して1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定することができるため、他の訪問看護ステーションが訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合は、算定することはできません。

《参考文献》

1. 中央社会保険医療協議会総会資料－1（平成28年2月10日）
2. 厚生労働省告示第52号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成28年3月4日）
3. 厚生労働省告示第53号「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年3月4日）
4. 厚生労働省告示第54号「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年3月4日）
5. 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
保医発0304第1号（平成28年3月4日）
6. 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
保医発0304第2号（平成28年3月4日）
7. 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
保医発0304第3号（平成28年3月4日）
8. 「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」
保発0304第11号（平成28年3月4日）
9. 厚生労働省「平成28年度診療報酬改定説明会」資料（平成28年3月4日）
10. 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正について」保医発1013第1号（平成28年10月13日）

▽参考URL（厚生労働省）

「平成28年度診療報酬改定について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>

「平成26年度診療報酬改定について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html>

「平成24年度診療報酬改定について」

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken15/index.html

「平成22年度診療報酬改定」

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken12/index.html

「平成20年度診療報酬改定に係る通知等について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/tp0305-1.html>

「平成18年度診療報酬改定に係る通知等について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/tp0314-1.html>