令和２年度

訪　問　看　護

集団指導資料Ⅱ

（事業実施上の留意点）

令和３年３月２６日

岡山県保健福祉部
保健福祉課指導監査室

令和２年度集団指導(訪問看護) 資料Ⅱ
事業実施上の留意点　目次

・主な関係法令 …………………………………………………………………… １
・令和3年4月の報酬改定に伴う「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」の
　留意事項…………………………………………………………………………… ２
・訪問看護の仕組み ……………………………………………………………… ３
・訪問看護の介護報酬 …………………………………………………………… ４
・【訪問看護の基本的事項】……………………………………………………… ６
・【注意事項】……………………………………………………………………１６
・【介護保険と医療保険に係る注意事項】……………………………………１９
・各種加算について ………………………………………………………………２２
・訪問看護における必要な同意について ………………………………………３０
・要介護、要支援者が居住、入所、入院している施設等への訪問看護の可否…３１
・制度別対象疾患一覧（介護保険２号該当・医療保険の訪問看護）……………３２
・難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病…３３

※本資料は現時点でのものとなります。
施設基準・算定要件等の詳細については、関連する告示・通知等の最新情報で御確認ください。

○厚生労働省　令和３年度介護報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

○介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（その６）（令和3年3月19日事務連絡）
介護報酬の算定構造、サービスコード等
https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=7820&ct=020050010
※上記の法令･通知等は、次の文献、ホームページ等で確認できます。

☆岡山県保健福祉部保健福祉課 指導監査室ホームページ（運営：岡山県）
http://www.pref.okayama.jp/soshiki/340/

【 主な関係法令 】

【主な関係法令等】

・介護保険法（平成9年法律第123号）
・介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
・介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）
・介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例（平成24年岡山県条例第62号）
・介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等を定める条例（平成24年岡山県条例第65号）
・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)
・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)
・指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について(平成11年老企第25号)
・介護保険法に基づき条例で規定された指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の基準等について（平成25年長寿第1868号）
・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(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年老企第36号）
・指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号)

令和３年度の介護報酬改定に伴い、関係する告示や通知が改正されています。
改正後の告示･通知等や報酬改定に関する情報は、次のホームページ等で確認できます。

○厚生労働省　令和３年度介護報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

○介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（その６）（令和3年3月19日事務連絡）
介護報酬の算定構造、サービスコード等
https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=7820&ct=020050010
※上記の法令･通知等は、次の文献、ホームページ等で確認できます。

令和3年4月の報酬改定に伴う「介護給付費算定に係る体制等に関する届出」の留意事項
（訪問看護・介護予防訪問看護）

・本県が所管する介護保険施設・事業所について、令和３年４月１日から算定を開始する加算等に係る「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」等の提出期限を、特例的に令和３年４月１５日（木）とする取扱いとします。

・サービス提供強化加算については、新たな加算区分が設けられたことから、算定する全ての事業所が届出を行ってください。特に介護予防訪問看護については、既存届出内容が「2 あり」の事業所が届出を行わなかった場合4月からは「1 なし」とみなされますのでご注意ください。

・**看護体制強化加算**については、算定要件の見直しが行われています。体制等に関する届出を行わない場合は現在の体制状況が維持されます。各事業所において、算定要件を確認し体制を変更する場合は届出を行ってください。

・加算等の算定内容に変更がなく、「LIFEへの登録」が「1 なし」の場合、届出の必要はありません。届出がない場合、「LIFEへの登録」は「1 なし」として処理します。（今回の改定では、（介護予防）訪問看護で「LIFEへの登録」が「2 あり」であることが必須の加算はありません。）

提出書類	書類提出前の自主確認事項
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 （別添届出書）	・「法人等の所在地・名称、代表者の職・氏名」欄を記入、押印 ・「届出者」の名称・事務所の所在地、「代表者」の職・氏名・住所の欄と、「事業所」の所在地、「管理者」の氏名・住所の欄を、取り違えないよう注意 ・フリガナ、郵便番号、電話・FAX番号・Email等に記入漏れがないよう注意 ・「実施事業」欄は、「訪問看護」、「介護予防訪問看護」に〇印 ・「指定（許可）年月日」欄に記入 ・「異動等の区分」欄は、該当項目に〇印 ・「介護保険事業所番号」は、誤記入に注意 ・「異動項目」欄及び「特記事項」の「変更後」欄に内容を具体的に記入 ※例えば、「〇〇〇体制を追加」等と記入
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1－1）、（別紙1－2）、（別紙1－3）	・「記入担当者氏名」欄に、記入 ・「事業所番号」欄は、誤記入に注意 ・「事業所名」欄に誤って法人名等を記入しないよう注意 ・「記入担当者電話番号」、「異動区分」、「事業所電話番号」の各欄の記入漏れに注意 ・サテライト事業所については（別紙1－3）を使用
適用開始年月日	・「体制等に関する届出書」の「異動（予定）年月日」欄と同じ日付を記入
施設等の区分	・該当の施設区分に〇を付けること ・「3　定期期巡回・随時対応型訪問介護看護連携」の場合は訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携に係る届出書（別紙１４）を添付
LIFEへの登録	・区分に〇を付けること

訪問看護の仕組み

「訪問看護」とは

〇居宅において、看護師等（保健師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）により行われる療養上の世話又は診療の補助（医師の指示が必要）。

「訪問看護ステーション」とは

〇訪問看護を行う事業所であり、医療法上の届出や許可は不要、名称利用についての規定はない。

〇公的保険を適用する場合は介護保険法又は健康保険法上の指定（指定訪問看護ステーションの事業所指定。介護保険法に基づく指定を受けると健康保険法上の指定を受けたものとみなされます。）が必要であり、その場合には、人員及び運営等の基準に則りサービスが提供される。

【指定訪問看護ステーションの要件】

・人員配置基準：看護職員（保健師・看護師・准看護師）は常勤換算で 2.5 人以上

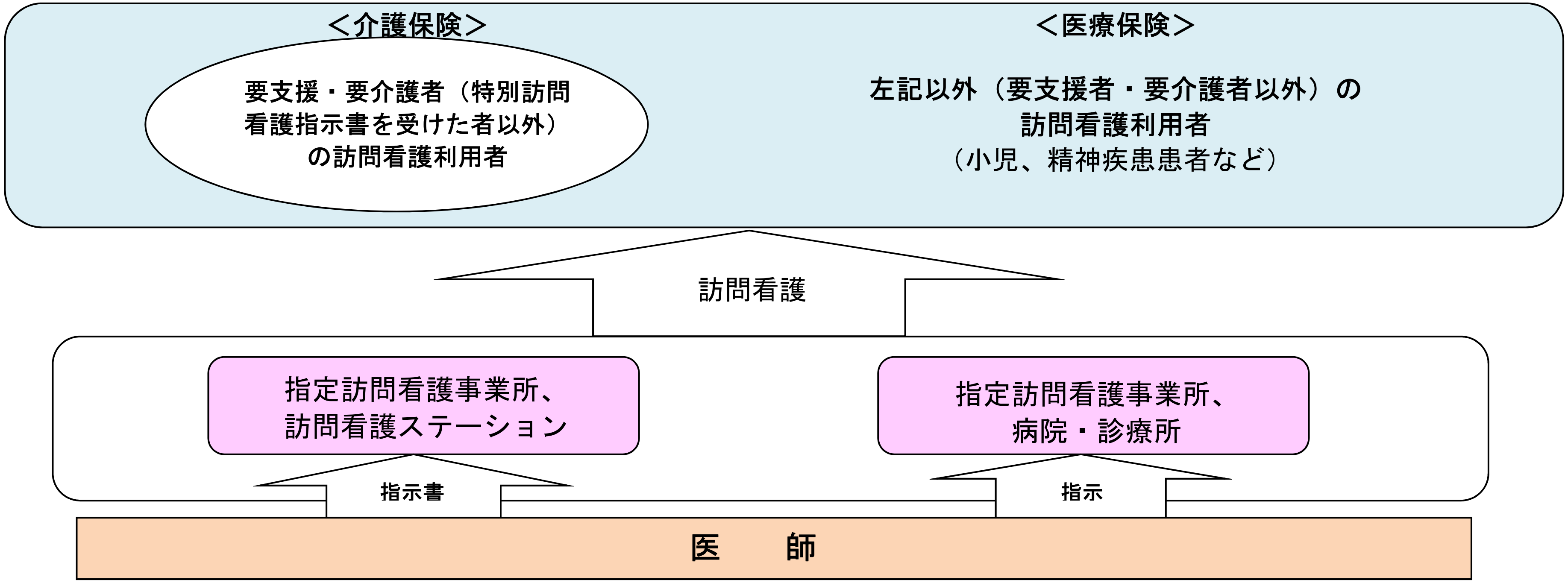
・管理者：常勤・専従の保健師又は看護師１名

・設備・備品：必要な広さを有する事務室、指定訪問看護に必要な備品

【訪問看護の対象者】

・介護保険法：居宅要支援、要介護者

・健康保険法：上記以外の者で疾病または負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある患者



訪問看護の介護報酬

指定訪問看護・指定介護予防訪問看護のイメージ（主な算定項目）

指定（介護予防）訪問看護に要する標準的な時間に応じた基本サービス費

所要時間20分未満	所要時間30分未満	所要時間30分以上1時間未満	所要時間1時間以上1時間30分未満	理学療法士等による訪問★
① 313(302)単位	① 470(450)単位	① 821(792)単位	① 1125(1087)単位	① 293(283)単位
② 265(254)単位	② 398(380)単位	② 573(550)単位	② 842(810)単位	

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合
③2, 954 単位/月

①指定訪問看護ステーションの場合
②病院又は診療所の場合
「共」は①②③に共通の意
( )内は介護予防訪問看護費

★理学療法士等による訪問は1回当たり20分以上、1人の利用者につき週6回を限度

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

＋

夜間又は早朝の訪問看護
①②とも+25%/回
深夜の訪問看護
①②とも+50%/回

1時間30分以上の訪問看護を行う場合
①②とも 300 単位/回

退院退所時、医師等と共同指導した場合
【退院時共同指導加算】
①③600 単位／回
(介護予防訪問看護は③なし)

【サービス提供体制強化加算】
加算Ⅰ ①②6 単位/回、③50 単位/月
加算Ⅱ ①②3 単位/回、③25 単位/月

24 時間の訪問看護対応体制を評価【緊急時訪問看護加算】
①574 単位/月、②315 単位/月

在宅で死亡した利用者へのターミナルケアを評価【ターミナルケア加算】
（※2） 共 2,000 単位/月

2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合
【複数名加算】(※1)
①②とも 30 分未満(Ⅰ)254 単位/回(Ⅱ)201 単位、30 分以上(Ⅰ)402 単位/回(Ⅱ)317 単位

過去2月間に当該事業所から訪問看護を提供していない場合【初回加算】 共 300 単位/月

【看護・介護職員連携強化加算】（※2）
250 単位/月

医療ニーズの高い利用者への指定訪問看護の提供体制を強化した場合【看護体制強化加算】
Ⅰ 550 単位/回 Ⅱ200 単位/回
予防 100 単位/回

特別な管理の評価【特別管理加算】
共(Ⅰ)500 単位/月、(Ⅱ)250 単位/月
特別地域訪問看護加算
①②＋15%/回、③＋15%/月
(介護予防訪問看護は③なし)
中山間地域等の小規模事業所加算
①②＋10%/回、③＋10%/月
(介護予防訪問看護は③なし)
中山間地域等の居住者へのサービス提供加算
①②+5%/回、③+5%/月
(介護予防訪問看護は③なし)

－

准看護師による訪問看護
（①②－10%、③－2%）

同一敷地内建物等に居住する利用者や1月あたりの利用者が 20 人以上または 50 人以上居住する建物に居住する利用者に対して、訪問看護を提供した事業所
（①②－10%または-15%）

理学療法士等による訪問 1 日に 2 回を超えて実施
（訪問看護）90/100（介護予防訪問看護）50/100

特別指示による医療保険の訪問看護の実施
（※2）
（③1 日につき－97 単位

（注）・※1 の加算：複数の看護師等（または看護師等+看護補助者）
・※2 の加算：指定訪問看護のみ適用（指定介護予防訪問看護には適用されない）
・点線枠の加算は区分支給限度額の枠外

②事前に届出を要する加算と必要な添付書類

体制等	必要な添付書類
特別地域訪問看護加算	必要な添付書類　なし ※対象地域に事業所が所在していること
中山間地域等における小規模事業所加算	①中山間地域等における小規模事業所加算に関する届出書（別紙２） ※対象地域に事業所が所在していること ※訪問看護は、１月当たりの平均延訪問回数が１００回以下であること。介護予防訪問看護は、１月当たりの平均延訪問回数が５回以下であること。 ※新規指定事業所については、４月目以降届出が可能。
緊急時訪問看護加算 特別管理加算 ターミナルケア加算 （介護予防訪問看護を除く）	①緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書（別紙8-1） ※緊急時訪問看護加算に係る連絡相談を担当する者は、保健師、看護師とすること。 ②従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１） ※２４時間常時連絡できる体制を整備していることが分かるように記載する。（携帯電話等を持つ日に○印を付ける等）
看護体制強化加算	①看護体制強化加算に係る届出書 （別紙8-2、別紙8-2付表1、別紙8-2付表2）
サービス提供体制強化加算	①サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙12-2） ※研修の実施等、加算の要件をすべて満たすこと。 ②サービス提供体制強化加算に係る確認表（別紙12-2付表）

【訪問看護の基本的事項】

訪問看護とは、疾病や負傷により、居宅において介護を要する状態や療養が必要な状態になっても、できる限り自立した日常生活を営めるよう療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指し、看護師等が療養上の世話又は必要な診療の補助を行うものである。

1　訪問看護の対象者

◎要介護被保険者に対し、医療保険と介護保険で同様のサービスがある場合には介護保険が優先する。

（１）介護保険の訪問看護

①原則

介護保険の被保険者であって、市町村により要介護者・要支援者と認定された者

②例外

①の者であっても次の場合は、医療保険での算定となる。

ア　特別訪問看護指示書（最長１４日）に係る指定訪問看護を行う場合。

イ　利用者等告示第四号に掲げる疾病等（末期の悪性腫瘍等）の患者に対する指定訪問看護を行う場合。

ウ　精神科訪問看護指示書が交付された場合。
　ただし、認知症が主傷病である患者については、精神科在宅患者支援管理料を算定する場合に限る。

エ　精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合。
（認知症でない患者に指定訪問看護を行う場合に限る。）

（２）医療保険の訪問看護

①原則

介護保険の訪問看護の利用者（介護保険の要介護者・要支援者が対象）を除く訪問看護の利用者（＝４０歳未満の者及び４０歳以上の要介護者・要支援者でない者）

②例外

①の者であっても次の場合は、介護保険での算定となる。

ア　精神科訪問看護指示書が交付された患者であっても、認知症が主傷病である患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する場合を除く。）

＊　訪問看護の申込があった際に、被保険者証により受給資格を確認すること。
　また、介護支援専門員に対して、情報の共有に協力すること。

＊　訪問看護の開始に際し、利用申込者やその家族に対し、運営規程の概要や職員の勤務体制等を記載した文書を交付して説明を行い、訪問看護を受けることに同意を得なければならない。

２　主治医との関係

実施主体	医療機関	訪問看護ステーション
訪問看護の開始	主治医の指示による。 （診療記録への記載をもって代えることができる）	主治医の交付する「訪問看護指示書」による。
訪問看護計画	診療記録への記載をもって代えることができる。（利用者への訪問看護計画書の交付は必要）	訪問看護計画書を定期的（１月に１回程度）に提出する。
主治医への報告	診療記録への記載をもって代えることができる。	訪問看護報告書を作成し、提出（１月に１回程度）する。

（１）訪問看護を行う看護師等は、利用者の病状や心身の状態に応じ、適切な看護を行うため主治医との連携を図ることが重要となる。また、利用者の病状に急変があった場合は、速やかに主治医等に連絡を行うなど必要な措置を行うこと。

（２）訪問看護指示書については、病状等に特段の変化がなければ、訪問看護指示書の期間内（期間の記載がなければ１ヶ月、記載されている期間（最長６ヶ月））であれば指示書の交付は必要ない。

（３）訪問看護ステーションは、保険医療機関が「在宅がん医療総合診療料」を算定した場合、訪問看護療養費を算定できないので必ず主治医に確認すること。

　また、介護保険又は医療保険の「特別管理加算」を算定する場合は、当該利用者が、加算の対象の状態等（気管カニューレ等を使用している状態等）であるかどうかを指示書で確認した上で算定すること。

（4）投薬は本来、医師が直接患者を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与することは認められる。この場合の「看護に当たっている者」は家族を想定し、訪問看護を実施している看護師等から症状を聞いて投与する場合は該当しないため、主治医が、訪問看護を行っている看護師から症状を聞いての投薬は適切ではない。

３　人員、設備、運営等の基準の主な項目

実施主体	医療機関	訪問看護ステーション
看護職員の数	適当数	常勤換算方法で２．５名以上 （うち1名は常勤であること） チェック
管理者	（医療機関の長）	やむを得ない場合を除き、看護師又は保健師（※１）であり、かつ、専従常勤（※２）であること。

※１：保健師又は看護師の管理者の長期間の傷病等のやむを得ない理由がある場合を除き、保健師又は看護師以外の者（准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び事務職員）は管理者になれない。なお、やむを得ない理由が生じた際は、速やかに県に申し出ること。

※２：管理者は専従が求められているが、管理上支障がない場合は、当該事業所の看護職員として、または同一敷地内の他の事業所等の管理者又は従業者として従事できる。

（兼務する場合は適切な就業管理（兼務辞令、事務分掌等）を行うこと）チェック

（R3.4改正）

・職員が育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、介護の短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。

・「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も1（常勤）と扱うことを認める。

・人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで人員配置基準を満たすことを認める。

・常勤職員の割合を要件とするサービス提供体制強化加算等の加算について 産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合当該職員についても常勤職員の割合に含めることを認める。

設備及び備品	必要な広さを有する専用区間を確保。必要な備品を備える。	
		事務室（特に、感染症予防に配慮）
内容及び手続の説明及び同意	サービス提供の開始に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対し、運営規程の概要や看護師等全ての従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、その他利用者が指定訪問看護事業者の選択に当たっての重要事項を記載した文書を交付して、説明をした後、提供の開始については同意を得なければならない。	

（重要事項説明書の留意ポイント）

・運営規程（営業時間、通常の事業の実施地域等）が相違していないこと。

提供拒否の禁止 サービス提供困難時の対応	主治医、居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者を紹介する等、必要な措置を速やかに講じなければならない。

（提供拒否の正当な理由と考えられるもの）

① 当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合

② 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合

③ 利用者の病状等

居宅介護支援事業者等との連携	介護支援専門員から訪問看護計画書等の提出依頼があったときは、当該計画書を提出する。

<table>
<tr><th>実施主体</th><th>医療機関</th><th>訪問看護ステーション</th></tr>
<tr><td>居宅サービス計画に沿ったサービスの提供
居宅サービス計画等の変更の援助</td><td colspan="2">居宅サービス計画に沿った訪問看護計画書により訪問看護を提供しなければならない。

利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡等の援助を行わなければならない。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・居宅サービス計画、訪問看護計画書、提供する訪問看護の内容が整合していること。
・居宅サービス計画や訪問看護計画書に基づかないサービスは介護報酬を算定することはできない。</td></tr>
<tr><td>身分を証する書類の携行</td><td colspan="2">事業所の看護師等である旨の証明書を携行させ、利用者等から求められた場合は提示すること。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・事業所の名称、看護師等の氏名は必須。当該看護師等の写真や職能の記載が望ましい。</td></tr>
<tr><td>サービス提供の記録</td><td colspan="2">サービス提供した際の提供日、時間、サービス提供者の氏名、提供した具体的なサービス内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録すること。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・サービスの提供開始及び終了時刻は、計画上の標準的な時間ではなく、実際の時間を記載する。
・サービス提供の記録は、介護報酬の請求の根拠となる（いわば診療報酬請求におけるカルテと同様）ため、介護報酬の請求内容を証明できるだけの内容の記録が必要であり、サービス提供の記録がないと認められる場合には、過誤調整を指導する。
- -
【訪問看護記録書】＝「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」（H12.3.30老企第55号）参照
・利用者毎に作成し、主治医及び居宅介護支援事業所からの情報、初回訪問時に把握した基本的な情報等の記録を整備し、以下の事項について記入すること。
【記録書Ⅰ】初回訪問時に把握した基本的な情報等（訪問看護の依頼目的、初回訪問年月日、主たる傷病名、既往歴、現病歴、療養状況、介護状況、緊急時の主治医・家族等連絡先、指定居宅介護支援事業所の連絡先、その他関係機関との連絡事項等）
【記録書Ⅱ】訪問毎の記録（ 訪問年月日、病状・バイタルサイン、実施した看護・リハビリテーション内容等）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>実施主体</th><th>医療機関</th><th>訪問看護ステーション</th></tr>
<tr><td>利用料の受領</td><td colspan="2">実施地域外でのサービス提供時の交通費や、その他のサービス提供に係る費用については、あらかじめ利用者やその家族に内容を説明し、利用者の同意を得ておくこと。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・交付する領収証に、保険給付対象額、その他の費用、医療費控除対象額を区分して記載し、当該その他の費用の額については個別の費用ごとに区分して記載すること。</td></tr>
<tr><td>指定訪問看護の基本取扱方針</td><td colspan="2">提供されたサービスについて、目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行わなければならない。サービスの質の評価は、自ら行う評価に限らず、第三者評価などの外部の者による評価など、多様な評価方法を広く用い、様々な視点から客観的にサービスの質の評価を行わなければならない。
また、評価の結果を踏まえ、常にサービスの改善を図りながらより良いサービスの提供を行わなければならない。　【県独自基準】
→参考資料「訪問看護ステーションによる事業所自己評価のガイドライン第2版」（一般財団法人全国訪問看護事業協会）
https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h30-1-guide.pdf</td></tr>
<tr><td>指定訪問看護の具体的取扱方針</td><td colspan="2">事業者は、適正な契約手続等を行うために成年後見制度の活用が必要と認められる場合（利用者自身では、各種契約、不動産・預貯金等の財産の管理等が困難であり、利用者を法律的に支援する必要がある等）は、地域包括支援センターや市町村担当課等の相談窓口を利用者に紹介する等関係機関と連携し、利用者が成年後見制度を活用することができるように配慮しなければならない。
【県独自基準】
看護師等は、介護予防訪問看護計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも１回は、介護予防訪問看護計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うこと。また、結果については介護予防支援事業者に報告すること。（介護予防）</td></tr>
<tr><td>主治の医師との関係</td><td colspan="2">訪問看護は、主治医が交付する訪問看護指示書に基づいて開始されるため、訪問看護ステーションは訪問看護指示書の交付を受けなければならない。
適切な訪問看護を提供するために、定期的に訪問看護計画書と訪問看護報告書を主治医に提出すること。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・介護保険又は医療保険の「特別管理加算」を算定する場合は、当該利用者が、加算の対象の状態等であるかどうかを指示書で確認した上で算定すること。なお、利用者の傷病名については、主治医の判断を確認すること。
・医療保険の給付対象となる場合は、介護保険の訪問看護費は算定しないこと。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>実施主体</th><th>医療機関</th><th>訪問看護ステーション</th></tr>
<tr><td>訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成</td><td colspan="2">訪問看護計画書は、居宅サービス計画の内容に沿ったものでなければならない。そのためには、サービス担当者会議に出席し情報共有することや居宅（介護予防）サービス計画の交付を受け、サービス内容の確認を行うことが重要となる。
訪問看護計画書は、利用者の希望、主治医の指示及び利用者の心身の状況を踏まえて作成されなければならないもので、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、計画書の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、計画書を利用者に交付しなければならない。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）＝「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」（H12.3.30老企第55号）参照
・訪問看護計画書及び報告書の作成は、准看護師はできないので注意すること。
※基準条例第７４条に規定する報告書は、訪問の都度記載する記録（訪問看護記録書）とは異なり、主治医に定期的に提出するものをいう。
・サービス提供開始前に、訪問看護に係る利用者の同意を得ること。</td></tr>
<tr><td>同居家族に対する訪問看護の禁止</td><td colspan="2">看護師等に、その同居の家族である利用者に対する訪問看護の提供をさせてはならない。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・同居していない家族、同居している家族以外の者については、明確な禁止規定はないが、同居家族によるサービス提供と同様、介護報酬の算定対象となるサービスと家族等が行う看護を区分することが困難である、報酬の対象とならない内容のサービスが提供されるおそれがあることなど、不適切な報酬算定につながりやすいと考えられるため適切ではない。
※　訪問介護では同居家族にサービス提供させたとして、取消処分の事例あり。</td></tr>
<tr><td>緊急時等の対応</td><td colspan="2">サービス提供中に、利用者に病状の急変等が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治の医師への連絡を行い指示を求める等の必要な措置を講じること。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・緊急時対応マニュアル、利用者の主治医や家族の緊急時連絡先については、整備することだけが目的ではなく、緊急時に活用できるよう看護師等に周知することが重要。</td></tr>
<tr><td>管理者の責務</td><td colspan="2">管理者は、ステーションの看護師等の管理、利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。
管理者は、看護師等に「運営に関する基準」を遵守させるために必要な指揮命令を行わなければならない。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>実施主体</th><th>医療機関</th><th>訪問看護ステーション</th></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・管理者が訪問看護師としての業務を行う場合は、本来業務に支障がないよう留意すること。
・実地指導において、「看護師だから看護師業務はできるが、管理業務はできない。」と主張する事業所が見受けられるが、そのような主張は全く通用しないので、当該規定の遵守を徹底すること。</td></tr>
<tr><td>運営規程</td><td colspan="2">必要な事項を定めた運営規程を定めること。
（R3.4改正）
・「虐待の防止のための措置に関する事項」を追加
・従業者の員数を「〇人以上」と記載することを可能とする。（従前からの本県の取扱いと同様です。）</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・運営規程に定めている営業日・営業時間及び利用料が、事業所の実態と整合していない。
・介護予防サービス事業に係る運営規程が整備されていない。</td></tr>
<tr><td>勤務体制の確保等</td><td colspan="2">全ての従業者の勤務体制を定め、事業所ごと、月ごとに勤務表を作成すること。
従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、兼務関係などを明記すること。
（R3.4改正）
職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・翌月の勤務予定表が前月末までに作成されていること。また、非常勤職員についても勤務予定の管理を行うこと。なお、営業日・営業時間内に、従業者の配置がない時間がないこと。
・研修について、年間計画などを策定し、実施後は資料等を含め記録を残すこと。</td></tr>
<tr><td>業務継続計画の策定等</td><td colspan="2">（R3.4改正）
感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するとともに、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
※3年間の経過措置あり（令和5年度末までは努力義務）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>実施主体</th><th>医療機関</th><th>訪問看護ステーション</th></tr>
<tr><td>衛生管理等</td><td colspan="2">感染症予防に必要な措置をとり、常に衛生的な管理に努めること。
（R3.4改正）
感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。
一　感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね六月に一回以上開催するとともに、その結果について、看護師等に周知徹底を図ること。
二　感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
三　看護師等に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。
※3年間の経過措置あり（令和5年度末までは努力義務）</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・感染症予防マニュアル等を整備し、従業者に周知すること。
・感染を予防するための備品等（使い捨て手袋、手指洗浄設備等）を備えること。</td></tr>
<tr><td>掲示</td><td colspan="2">利用申込者のサービスの選択に資する重要事項（運営規程の概要、看護師等の勤務体制等）を事業所の見やすい場所に掲示すること。
（R3.4改正）
重要事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、同項の規定による掲示に代えることができる。（従前からの本県の取扱いと同様です。）</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・掲示すべき内容（項目）は、重要事項説明書と同じ（苦情処理のために講ずる措置の概要も併せて）。
・受付コーナー、相談室等利用申込者等が見やすいよう工夫して掲示すること。
※　掲示が困難な場合には、利用者等誰もが閲覧できるように、ファイル等に入れて、備え置きも可。</td></tr>
<tr><td>秘密保持等</td><td colspan="2">従業者の在職中及び退職後における、利用者及びその家族の個人情報に関する秘密保持について、事業者と従業者等との雇用契約、就業規則、労働条件通知書、誓約書等で取決めを行うこと。
サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いることについて、それぞれから文書による同意が得ること。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・利用者の家族から使用の同意を得る様式になっていない。 </td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>実施主体</th><th>医療機関</th><th>訪問看護ステーション</th></tr>
<tr><td>苦情処理</td><td colspan="2">苦情を受け付けた場合は、苦情の内容等を記録すること。
また、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を行うこと。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・苦情の内容の記録には、「その後の経過」「原因の分析」「再発防止のための取組」等を記録すること。</td></tr>
<tr><td>事故発生時の対応</td><td colspan="2">事故の状況等によっては、事業所を所管する県民局等へ報告を行うこと。
※ 介護保険施設・事業所における事故等発生時の対応に係る指針（ 岡山県版） 参照</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・事故(「ひやりはっと」を含む。)の事例報告を記録様式に記録すること。
・事故の内容の記録には、「その後の経過」「原因の分析」「再発防止のための取組」等を記録すること。
・損害賠償保険に加入しておくこと。</td></tr>
<tr><td>会計の区分</td><td colspan="2">指定訪問看護事業とその他の事業の経理・会計を区分すること。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・事業所（サービス）ごとに経理を区分すること。
・事務的経費等についても按分するなどの方法により、会計を区分すること。</td></tr>
<tr><td>記録の整備</td><td colspan="2">利用者に対する訪問看護の提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から５年間【県独自基準】保存すること。</td></tr>
<tr><td colspan="3">（留意ポイント）
・退職した従業者に関する諸記録についても保存すること。
・訪問看護計画を変更しても以前の訪問看護計画を保存すること。
・契約解除になった利用者の記録をすぐに廃棄しないこと。完結の日とは、利用者との契約の終了日ではなく、それぞれの書類ごとに、その書類を使わなくなった日となる。利用者との契約が継続している間において、当該利用者に関する全ての記録を保存することを求めるものではない。【県独自基準】
・事業者においては、保存業務の煩雑さを避ける観点から、それぞれの記録の所属する年度（目標期間が設けられているものについては、その期間の満了日の所属する年度）の終了後、５年間保存する等、適正な運用を図るものとする。【県独自基準】
・なお、他の法令等により、５年間以上の保管期間が義務付けられているものについては、それぞれの規定に従う必要がある。【県独自基準】</td></tr>
</table>

４　訪問看護事業の届出

（１）次の加算等の体制の届出については、事前に届出が必要。医療保険関係については中国四国厚生局岡山事務所へ、介護保険関係は各県民局健康福祉課へ提出すること。

医療保険	介護保険
・精神科訪問看護基本療養費 ・24時間対応体制加算 ・24時間対応体制加算（基準告示第3地域） ・特別管理加算 ・訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師 ・精神科複数回訪問加算 ・精神科重症患者支援管理連携加算 ・機能強化型訪問看護管理療養費１、２、３	・特別地域加算 ・中山間地域等における小規模事業所加算（規模及び地域） ・緊急時訪問看護加算 ・特別管理加算 ・ターミナルケア加算（介護予防を除く） ・サービス提供体制強化加算 ・看護体制強化加算

（２）既に申請又は届出をしている内容（運営規程や所在地等）に変更があった場合は、変更後１０日以内に、事業を休止又は廃止する場合は１ヶ月前までに、再開した場合は１０日以内に届出を、各県民局健康福祉課へ提出すること。

なお、医療保険は別に中国四国厚生局岡山事務所へ提出すること。

※　県への届出の際の提出書類等は、保健福祉課指導監査室のホームページに掲載している「申請の手引き」を参照のこと。

５　指定更新手続について（訪問看護ステーション及び一般指定の事業所のみ）

指定（許可）の有効期間満了後も引き続き事業所の運営を行う場合は、6年毎に介護保険法の規定に基づく指定の更新を受ける必要がある。（サービスごとに更新手続が必要）

ただし、休止中の事業所においては指定更新を行うことができないので、注意すること。

【注　意　事　項】

●訪問看護の所要時間

（１）２０分未満の訪問看護費の算定

・居宅サービス計画又は訪問看護計画において２０分未満のみの訪問看護のみが設定されることは適切ではなく、２０分以上の保健師又は看護師による訪問看護を週１回以上含む設定とすること。

・訪問看護を２４時間行うことができる体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算の届出をしている場合に算定可能。

（２）複数回又は連続して訪問看護を提供する場合等

・前回提供した訪問看護からおおむね２時間未満の間隔で訪問看護を行う場合（20分未満の訪問看護費を算定する場合及び利用者の状態の変化等により緊急の訪問看護を行う場合を除く。）は、それぞれの所要時間を合算する。

・一人の看護職員（保健師、看護師又は准看護師）が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を行った場合には、当該訪問看護の所要時間を合算。なお、当該訪問看護の提供時間を合算した場合に、准看護師による訪問看護が含まれる場合には、当該訪問看護費は、准看護師による訪問看護費を算定。

・一人の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を行った後に、続いて他の職種の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を実施した場合は職種ごとに算定できる。

・一人の利用者に対して、連続して訪問看護を提供する必要性については、適切なケアマネジメントに基づき判断すること。

●理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問

（１）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（理学療法士等）の訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置付けのものである。
なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法律第132号第42条第1項））に限る。

（２）理学療法士等による訪問看護は、１回当たり２０分以上訪問看護を実施することとし、一人の利用者につき週に６回を限度として算定する。

（３）理学療法士等が訪問看護を提供している利用者については、毎回の訪問時において記録した訪問看護記録書等を用い、適切に訪問看護事業所の看護職員と理学療法士等の間で利用者の状況、実施した内容を共有するとともに、訪問看護計画書（計画書）及び訪問看護報告書（報告書）は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成すること。また、主治医に提出する計画書及び報告書は理学療法士等が実施した内容も一体的に含むものとし、報告書には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した訪問看護の内容とその結果等を記載した文書を添付すること。

（４）複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、計画書及び報告書の作成に当たっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成すること。

（５）計画書及び報告書の作成に当たっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。

（６）訪問看護サービスの利用開始時＝利用者が過去２月間（暦年）において当該訪問看護事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む。）の提供を受けていない場合であって、新たに計画書を作成する場合。
利用者の状態の変化に合わせた定期的な訪問＝主治医からの訪問看護指示書の内容が変化する場合や利用者の心身状態や家族等の環境の変化等の際に訪問すること。

（7）理学療法士等による指定介護予防訪問看護の利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて理学療法士等が指定介護予防訪問看護を行う場合は、１回につき5単位を所定単位数から減算する。

【関連Q&A】

Ｑ：　留意事項通知において、「計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと」とされたが、看護職員による訪問についてどのように考えればよいか。

Ａ：　訪問看護サービスの「利用開始時」については、利用者の心身の状態等を評価する観点から、初回の訪問は理学療法士等の所属する訪問看護事業所の看護職員が行うことを原則とする。また、「定期的な看護職員による訪問」については、訪問看護指示書の有効期間が６月以内であることを踏まえ、少なくとも概ね３ヶ月に１回程度は当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うものとする。なお、当該事業所の看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ、訪問看護費の算定まで求めるものではないが、訪問看護費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

（平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.1)(平成30.3.23) 問２１）

Ｑ：　定期的な看護職員による訪問が義務づけられたが、利用者の都合で、理学療法士等と看護師の訪問日が重なってしまっても大丈夫か。

Ａ：　同一日の算定は可能だが、看護職員の訪問がアセスメントのためだけでは、訪問看護費を算定することは出来ない。看護職員が予定されているケアの一環として訪問する場合、ケアプランに基づき訪問看護費を算定できる。

（一般社団法人全国訪問看護事業協会：平成30年版訪問看護実務相談Ｑ＆Ａ　Ｑ５－２１）

※　アセスメントのみの訪問だけでなく、本来の訪問看護の標準時間にアセスメントの時間を追加する場合も追加した部分は算定対象外。

●指定訪問看護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い

①同一敷地内建物等に居住する者（利用者の人数が４９人以下の場合）→１０％減算

②同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等に居住する利用者の人数が５０人以上の場合　→１５％減算

③上記以外（同一敷地内建物等以外）で一つの建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が１月当たり２０人以上）　→１０％減算

＜注意点＞

・減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いる。

【同一敷地内建物等の定義】

以下の該当する敷地にある建築物で､効率的なサービス提供が可能なものを指す。

・構造上又は外形上、一体的な建築物
・同一敷地内並びに隣接する敷地（幅員の狭い道路等を挟んで隣接する場合を含む）にある建築物

【同一敷地内建物に該当しないものの例】

・同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合
・隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

※　適用について疑義がある場合は、県民局にお問い合わせください。

【利用者の人数】

１月間（暦月）の利用者数の平均を用い、当該月における１日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。（小数点以下切捨）

●居宅サービス計画上准看護師の訪問が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により訪問看護が行われた場合の取扱い

（１）・准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により保健師又は看護師が訪問する場合→所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定。

・保健師又は看護師が訪問することとされている場合に、准看護師が訪問する場合→准看護師が訪問する場合の単位数（所定単位数の100分の90）を算定。

（２）・准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により理学療法士等が訪問する場合→理学療法士等の所定単位数を算定。

・理学療法士等が訪問することとされている場合に、准看護師が訪問する場合→理学療法士等の所定単位数を算定。

●定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携

（１）・緊急時訪問看護加算の届出を行っていること。

（２）・月の途中からの利用等に係る日割り計算は以下のとおり。

①利用開始又は終了の場合
利用開始日から月末日まで、又は月初日から利用終了日までに対応した日割り計算

②月の途中に短期入所生活介護又は短期入所療養介護の利用がある場合
ショートステイを利用した期間について日割り計算

③月の途中で要介護５から要介護度が変更又は要介護5に新たになった場合
要介護５の期間について日割り計算（上乗せ加算８００単位に係る取扱い）

④月途中で末期の悪性腫瘍等となり医療保険の適用となった場合
医療保険の適用対象の状態にある期間について日割り計算

【介護保険と医療保険に係る注意事項】

【参考資料の御案内】
『「診療報酬との算定調整」及び「医療保険と介護保険の給付調整」
～訪問看護ステーション編～』
＜掲載ホームページ＞
長寿社会課ホームページ「医療保険と介護保険の給付調整等に関する関係資料」
URL：http://www.pref.okayama.jp/page/421097.html

●１人の利用者に対して複数の訪問看護ステーションによる訪問看護を提供する場合

【介護保険】

２ヵ所以上の訪問看護ステーションから提供できる。

【医療保険】

１ヵ所の訪問看護ステーションのみ提供できる。但し、下記に該当する場合を除く。

・２ヵ所の訪問看護ステーションから提供できる場合（①又は②に該当）
①厚生労働大臣が定める疾病等（基準告示第2-1）に該当する場合
②特別訪問看護指示書の交付を受け、週４日以上の訪問看護が計画されている場合
・３ヵ所の訪問看護ステーションから提供できる場合
厚生労働大臣が定める疾病等（基準告示第2-1）に該当し、週７日の訪問看護が計画されている場合
・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訪問看護を受けた場合は、その数から除く

＊１人の利用者に対し、同一日に複数の訪問看護ステーションからのサービス提供はできない。

＊１人の利用者に対し、１ヵ所の訪問看護ステーションのみ算定できる加算があるので、訪問看護ステーション間でよく協議を行い、十分な連携をとること。

【介護保険】
・緊急時訪問看護加算
・特別管理加算
・ターミナルケア加算
・退院時共同指導加算（特別な管理が必要な利用者の場合を除く）

【医療保険】
・２４時間対応体制加算
・退院支援指導加算
・看護・介護職員連携強化加算
・訪問看護情報提供療養費
・訪問看護ターミナルケア療養費
・精神科重症患者支援管理連携加算
・長時間訪問看護加算（異なる週であれば算定可）
・複数名訪問看護加算（異なる週であれば算定可）
・退院時共同指導加算（特別な管理が必要な利用者の場合を除く）

●**月の途中で介護保険から医療保険に切り替わった場合**

・介護保険で緊急時（介護予防）訪問看護加算を算定した場合、医療保険の２４時間対応体制加算は算定できない。
・介護保険で特別管理加算を算定した場合､医療保険の特別管理加算は算定できない。
・介護保険で看護・介護職員連携強化加算を算定した場合、医療保険の看護・介護職員連携強化加算は算定できない。
・介護保険でターミナルケア加算を算定した場合、医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。
・介護保険で看取り介護加算等を算定した場合、医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費２は算定できる。
・医療保険の訪問看護情報提供療養費１は、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合は算定できる。

●**精神科訪問看護・指導料等に係る訪問看護の利用者の取扱いについて**

・精神科訪問看護・指導料及び精神科訪問看護基本療養費の算定による医療保険の訪問看護の利用者は、医療保険の給付対象であり、同一日に介護保険の訪問看護費を算定できない。
・なお、月の途中で利用者の状態が変化し、医療保険から介護保険、または介護保険から医療保険への変更は可能であるが、状態変化の事情によらず恣意的に変更することはできない。

●**特別な関係による訪問看護療養費（医療保険）の算定制限**

訪問看護ステーションと特別の関係にあり、かつ、当該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医師が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（Ⅰ）（Ⅱ）
・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
・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、原則として訪問看護療養費は算定できない。

ただし、次の場合においては訪問看護療養費の算定は可能である。

・訪問看護を行った後、病状の急変等により往診し往診料を算定した場合
・利用者が保険医療機関等を退院後１月を経過するまでに往診料等上記診療報酬のいずれかを算定した場合。
・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、継続的な訪問看護の必要がある場合（在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問栄養食事指導料に限る。）

●**サービス種類相互の算定関係について**

利用者が、次のサービスを受けている場合

・（介護予防）短期入所生活介護
・（介護予防）短期入所療養介護

・（介護予防）特定施設入居者生活介護　※
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護（例外あり）
・（介護予防）認知症対応型共同生活介護　※
・地域密着型特定施設入居者生活介護　※
・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

【介護保険】（介護予防）訪問看護費は算定できない。
【医療保険】厚生労働大臣が定める疾病等（基準告示第2-1）に該当する場合、又は特別訪問看護指示書の交付を受けた期間のみ算定できる。

※外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護の場合は、特定施設サービス計画に基づき、訪問看護ステーションと特定施設との委託契約により、外部サービスの提供事業者として訪問看護の提供が可能。
※事業者が訪問看護の必要を認めた場合、各事業者の負担で訪問看護の提供が可能。

・特別養護老人ホーム（地域密着型を含む。）入所者については、**末期の悪性腫瘍である者等**に対し医療保険の訪問看護を行うことができる。
（H18.3.31保医発0331002）

・利用者が小規模多機能型居宅介護を受けている場合、通所サービス又は宿泊サービスを利用している時、小規模多機能型居宅介護事業所に看護職員等が出向くような利用形態は認められない。（H19.2.19Q&A）

●訪問看護指示書について

訪問看護指示書は、主治の医師が診療に基づき６ヶ月以内の範囲で訪問看護ステーションに交付するものであり、毎月交付しなければならないものではない。（指示書に有効期間の記載がない場合は有効期間は一月。）

また、訪問看護ステーションは、指示がない期間については訪問看護はできない。

急性増悪等による特別訪問看護指示の有効期間は、診療を行った日から１４日以内の期間である。例えば、７月１日に急性増悪を認める診療を行った場合、特別訪問看護指示期間を７月２日から７月１５日（14日間）にすることはできない。

なお、訪問看護指示書を交付できる医師は主治医のみ（1名）である。

各　種　加　算　に　つ　い　て

早朝・夜間、深夜の（介護予防）訪問看護加算

① 単位数

〇早朝・夜間・・・1 回につき所定単位数の 100 分の 25

〇深夜・・・・・・・1 回につき所定単位数の 100 分の 50

② 算定要件等

〇 居宅サービス計画上又は訪問看護計画上、サービス開始時刻が加算対象となる時間帯にある場合に算定。

複数名訪問加算

① 単位数

複数名訪問加算<u>（Ⅰ）</u>

〇所要時間 30 分未満の場合・・・２５４単位

〇所要時間 30 分以上の場合・・・４０２単位

<u>複数名訪問加算（Ⅱ）</u>

<u>〇所要時間 30 分未満の場合・・・２０１単位</u>

<u>〇所要時間 30 分以上の場合・・・３１７単位</u>

② 算定要件

複数名訪問加算<u>（Ⅰ）</u>

〇両名とも看護師等（保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士）であること。

<u>複数名訪問看護（Ⅱ）</u>

<u>〇訪問看護を行う一人が看護師等であり、同時に訪問する一人が看護補助者であること。</u>

<u>看護補助者とは、訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことであり、資格は問わないが、秘密保持や安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要がある。</u>

〇利用者又はその家族が複数の看護師等によるサービス提供について同意し、次のいずれかに該当すること。

- 利用者の身体的理由で１人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合。
- 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合。
- その他利用者の状況等から判断して、上記の状況に準ずると認められる場合。

③ 注意事項

〇事情なく単に２人の看護師等が同時にサービス提供を行ったことのみをもっての算定は不可。

長時間（介護予防）訪問看護加算

① 単位数・・・1 回につき 300 単位

② 算定要件

〇特別な管理を必要とする利用者に対してサービス提供所要時間が１時間 30 分以上。

③ 注意事項等

〇特別な管理を必要とする利用者とは、別に厚生労働大臣が定める状態にある者（気管カニューレ等を使用している状態等）に限る。

〇准看護師が行う場合であっても同じ単位数を算定する。

特別地域（介護予防）訪問看護加算

☆厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所

①単位数

指定訪問看護ステーション及び病院又は診療所

１回につき所定単位数の 100 分の 15

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して行う場合

１月につき所定単位数の 100 分の 15

・所定単位数は、緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を除く。

②算定要件

〇厚生労働大臣が定める地域に事業所が所在。

〇サテライト事業所のみが該当地域に所在する場合は、サテライト事業所を業務の本拠とする訪問看護職員による訪問看護が加算の対象。

③注意事項等

〇サテライト事業所のみが当該地域に所在する場合には、当該サテライト事業所を本拠とする訪問看護職員を明確にするとともに、当該サテライト事業所から提供した具体的なサービスの内容等の記録を別に行い、管理すること。

中山間地域等の小規模事業所加算

☆厚生労働大臣が定める地域に所在し、１月当りの延訪問回数が 100 回以下（介護予防は５回以下）の事業所

①単位数

指定訪問看護ステーション及び病院又は診療所

１回につき所定単位数の 100 分の 10

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して行う場合

１月につき所定単位数の 100 分の 10

②算定要件

〇厚生労働大臣が定める地域に事業所が所在。

〇サテライト事業所のみが該当地域に所在する場合は、サテライト事業所を業務の本拠とする訪問看護職員による訪問看護が加算の対象。

③注意事項等

〇延訪問回数は前年度（３月を除く。）の１月当りの平均延訪問回数

〇前年度実績が６月に満たない事業所については、直近の３月における１月当たりの平均延訪問回数。

〇利用者に事前に説明を行い、同意を得ること。

中山間地域等の居住者へのサービス提供加算

☆利用者が、厚生労働大臣が定める地域に居住。

①単位数

指定訪問看護ステーション及び病院又は診療所

１回につき所定単位数の 100 分の５

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して行う場合

１月につき所定単位数の 100 分の５

②算定要件

〇利用者が厚生労働大臣の定める地域に居住。

③注意事項等

〇交通費の支払いを受けることはできない。

緊急時（介護予防）訪問看護加算

① 単位数

〇訪問看護ステーション　　１月につき５74 単位を所定の単位数に加算

〇医療機関及び診療所　　　１月につき３１５単位を所定の単位数に加算

② 算定要件

〇訪問看護ステーションにおいては、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こと。

〇利用者又はその家族に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することになっていない緊急時訪問を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得ていること。

③注意事項等

〇医療保険の 24 時間対応体制加算の併算定不可。

〇定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合のサービスにおける緊急時訪問看護加算の併算定不可。

〇計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合は、居宅サービス計画の変更が必要。

〇早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算算定不可。ただし、１月以内の２回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜に係る加算を算定する。

〇１利用者に対し１事業所に限り算定できるため、利用者に説明するに当たり他事業所から緊急時訪問看護に係る訪問看護を受けていないか確認すること。

〇訪問看護ステーションにおける緊急時訪問看護加算の算定に当たっては、届出を受理した日から算定。

特別管理加算

① 単位数(１月につき)

〇特別管理加算（Ⅰ）　　５００単位

〇特別管理加算（Ⅱ）　　２５０単位

② 算定要件

〇特別な管理を必要とする利用者として別に厚生労働大臣が定める状態(※)であ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う。

(※)特別管理加算Ⅰ

・医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍患者等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

特別管理加算Ⅱ

・医科診療報酬点数表に掲げる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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態。

・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態。

・真皮を超える褥瘡状態

・点滴注射を週３日以上行う必要があると認められる状態

③ 注意事項等

〇当該月の第１回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に算定。

〇1 人の利用者に対し、１か所の事業所に限り算定可能。２か所以上の事業所が関わる場合には、その分配は事業所相互の合議に委ねられる。

〇「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して算定する場合は、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・評価を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて訪問看護記録書へ記録すること。

〇「点滴注射を週３日以上行う必要があると認められる状態」とは、主治の医師が必要である旨の指示を行った場合であり、かつ看護職員が週３日以上の点滴注射を実施している状態を言う。また、特別管理加算を算定するに当たっては、点滴注射が終了した場合その他必要と認められる場合には、主治の医師に対して速やかに利用者の状態を報告するとともに、訪問看護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。

〇特別管理加算の算定については、緊急時訪問看護加算と同様に以下の体制を整備していることが望ましい。

・２４時間常時連絡できる体制の整備

・当該加算に対応可能な職員体制、勤務体制を整備

・病状の変化、医療器具に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備

ターミナルケア加算＝居宅サービスのみ＝

①単位数・・・2,000 単位（死亡月に加算）

②算定要件

厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所が、その死亡日及び死亡日前 14 日以

内に２日以上ターミナルケアを行っている。
（厚生労働大臣が定める基準）
・ターミナルケアを受ける利用者について 24 時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じてサービス提供ができる体制を整備していること。
・主治医との連携の下に、ターミナルケアに係る計画及び支援体制について、利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得ていること。
・ターミナルケアの提供について、身体の状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

③注意事項等

○1 人の利用者に対し、1 か所の事業所に限り算定可能。

○訪問看護記録書に次の事項について記録しておかなければならない。

ア　終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録

イ　療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態及びこれに対するケアの経過についての記録。

ウ　看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて、利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録。

エ　ウについては、「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、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用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。

○ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24 時間以内に死亡が確認される場合等については、加算の算定は可能。

○ターミナルケアの実施に当たっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

初回加算

①単位数・・・300 単位

②算定要件

新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、初回の指定訪問看護を行った場合、その属する月に算定。

③注意事項等

利用者が過去２ヶ月間（暦月）において、当該指定訪問看護事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む）の提供を受けていない場合であって、新たに訪問看護計画書を作成した場合に算定。

退院時共同指導加算

① 単位数・・・600 単位

② 算定要件

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院、又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が退院時共同指導（当該又はその看護に当たっている者に対して、病院等の主治の医師その他の従

業者と共同し、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）を行った後に、初回の訪問看護を実施した場合に、当該退院又は退所につき１回（特別な管理を必要とする利用者については、２回）算定。

③注意事項等

○初回の訪問看護を実施した日に算定。

○当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定可。

○複数の訪問看護ステーション等が退院時共同指導を行う場合は、主治の医師の所属する病院等に対し、他の訪問看護ステーション等における退院時共同指導の実施の有無を確認する。

○２回の当該加算が算定可能である利用者（特別管理を必要とする利用者）に対して複数の訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所が退院時共同指導を行う場合にあっては、１回ずつの算定も可能。

○初回加算を算定する場合は算定できない。

○退院時共同指導加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける退院時共同指導加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における当該加算は算定できない。（ただし、２回の当該加算が算定可能である利用者の場合を除く。）

○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しておくこと。

看護・介護職員連携強化加算＝居宅サービスのみ＝

①単位数・・・250 単位（月）

②算定要件

訪問介護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引等の業務が円滑に行われるよう、たんの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を行うとともに当該訪問介護員等に同行し、利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合、又は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した場合に加算を算定。

③注意事項等

○訪問介護員等と同行訪問した場合や会議に出席した場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

○当該加算は訪問介護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訪問看護の実施日に加算する。

○当該加算は訪問看護が２４時間行える体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算の届け出をしている場合に算定可能。

○通常の訪問看護の提供以上に時間を要した場合であっても、ケアプラン上に位置づけられた訪問看護費を算定すること。

○訪問介護員の基礎的技術取得や研修目的として同行訪問した場合は算定不可。

看護体制強化加算

① 単位数

＜訪問看護＞

看護体制強化加算（Ⅰ）・・・５００単位（月）

看護体制強化加算（Ⅱ）・・・２００単位（月）

＜介護予防訪問看護＞

看護体制強化加算・・・１００単位（月）

② 算定要件

厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た事業所が、医療ニーズの高い利用者へのサービス提供体制を強化していること。

＜看護体制強化加算（Ⅰ）＞

- 算定日が属する月の前６月間において、事業所における利用者の総数のうち、緊急訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 50 以上。
- 算定日の属する月の前６月間において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 20 以上。
- 算定日が属する月の前 12 月間において、事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が５名以上。

＜看護体制強化加算（Ⅱ）、介護予防看護体制強化加算＞

- 算定日が属する月の前６月間において、事業所における利用者の総数のうち、緊急訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 50 以上。
- 算定日の属する月の前６月間において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が 100 分の 20 以上。
- 算定日が属する月の前 12 月間において、事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が１名以上。（居宅サービスのみ）

③ 注意事項等

○厚生労働大臣の定める基準における利用者の割合については、全て実利用者数で算定すること。

○加算を算定するに当たっては、利用者又はその家族等の同意を得ること。

○加算を算定するに当たっては、医療機関との連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。

○加算を算定するに当たっては、所定の基準を維持しなければならない。基準を下回った場合は、直ちに届出をすること。

○看護体制強化加算は、訪問看護事業所の利用者によって（Ⅰ）又は（Ⅱ）を選択的に算定することができないものであり、当該訪問看護事業所においていずれかの一方のみを届け出すること。

サービス提供体制強化加算

① 単位数

○訪問看護ステーション、病院又は診療所

（加算Ⅰ）・・・・・・・1 回につき 6 単位
（加算Ⅱ）・・・・・・・1 回につき 3 単位
○指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所
（加算Ⅰ）・・・・・・・1 月につき 50 単位（居宅サービスのみ）
（加算Ⅱ）・・・・・・・1 月につき 25 単位（居宅サービスのみ）

② 算定要件

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出ていること。

（厚生労働大臣が定める基準）

- 事業所全ての看護師等に対し、看護師等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。
- 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該事業所における看護師等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。
- 事業所の全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的に実施すること。

（加算Ⅰ）

- 事業所の看護師等の総数のうち、勤続年数 7 年以上のものの占める割合が 100 分の 30 以上であること。

（加算Ⅱ）

- 事業所の看護師等の総数のうち、勤続年数 3 年以上のものの占める割合が 100 分の 30 以上であること。

③注意事項等

○研修については次の点に留意すること。

- 看護師等の資質向上のための研修であること。
- 実施のための勤務体制の確保を行うこと。
- 個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた研修計画を策定。

○技術指導を目的とした会議とは、サービス提供を行う看護師等全てが参加するものでなければならない。「定期的」とは概ね 1 月に 1 回以上開催されている必要がある。

○職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度の平均を用いる。ただし、前年度の実績が 6 月に満たない場合は、届出日の属する月の前３月の職員の割合を毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。**（新規又は再開した事業所は４月目以降届出が可能）**

○勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

訪問看護における必要な同意について

＜介護保険による訪問看護＞

事　　項	根拠法令等	根拠条文	備　　考
重要事項説明書	平成24年10月5日岡山県条例第62号 「介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例」	第9条	文書を交付すること
交通費の受領		第70条 第4項	
訪問看護計画書		第74条 第3項	利用者に交付すること
利用者又はその家族の個人情報の利用	平成24年10月5日岡山県条例第62号 「介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例」	第35条 第3項	文書により得ておくこと
複数名訪問加算	平成24年厚生労働省告示第94号 「厚生労働大臣が定める基準」	第5号	
緊急時訪問看護加算	平成12年厚生省告示第19号 「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」	訪問看護 注10	
看護体制強化加算	平成12年老企第３６号「指定居宅サービスに要する額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」	第2の４ （23）	
ターミナルケア加算	平成24年厚生労働省告示第95号 「厚生労働大臣が定める基準」	第8号	

＜医療保険による訪問看護＞

事　　項	根拠法令等	根拠条文	備　　考
重要事項説明書	平成12年厚生省令第80号 「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」	第5条	文書を交付すること
基本利用料並びにその他の利用料		第13条 第3項	
訪問看護計画書		第17条 第2項	
複数名訪問看護加算	平成20年3月5日厚生労働省告示第67号 「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」	基本療養費 注12 精神療養費 注10	
24時間対応体制加算		管理療養費 注2	
在宅患者連携指導加算		管理療養費 注8	
訪問看護情報提供療養費		当該療養費 注	
訪問看護ターミナルケア療養費		当該療養費 注	

要介護、要支援者が居住、入所、入院している施設等への訪問看護の可否

	項　　目	原則	例外規定	例外規定適用条件
介護保険	（地域密着型）（介護予防（地域密着型を除く））特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）を受けている場合（外部サービス利用型を除く）	算定不可	あり	算定は不可だが、施設を運営する事業者の費用負担により利用させることはできる。
	（介護予防）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を受けている場合	算定不可	あり	算定は不可だが、施設を運営する事業者の費用負担により利用させることはできる。
	小規模多機能型居宅介護を受けている場合	算定可	あり	小規模多機能型居宅介護の通所サービスまたは宿泊サービスを利用しているときは算定不可＝在宅時のみ算定可能
	サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム及び養護老人ホーム（特定施設を除く）	算定可	なし	
	（介護予防）短期入所生活介護を受けている場合	算定不可	なし	
	（介護予防）短期入所療養介護を受けている場合	算定不可	なし	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護を受けている場合	算定不可	なし	
	（地域密着型）特別養護老人ホームに入所している場合	算定不可	なし	
	介護老人保健施設、介護医療院に入所している場合	算定不可	なし	
	介護療養型医療施設に入院している場合	算定不可	なし	
	複合型サービス	算定不可	なし	
	医療機関に入院している場合	算定不可	なし	
医療保険	（地域密着型）（介護予防（地域密着型を除く））特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）を受けている場合	算定不可	あり	①急性増悪等により頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付日から14日間以内 ②厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
	（介護予防）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を受けている場合	算定不可	あり	①急性増悪等により頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付日から14日間以内 ②厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
	小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている場合（宿泊サービスに限る。）	算定不可	あり	①急性増悪等により頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付日から14日間以内 ②厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 ③利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーション（末期の悪性腫瘍の患者以外は、利用開始後30日間のみ算定可）
	サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、軽費老人ホーム及び養護老人ホーム（特定施設を除く）	算定不可	あり	①急性増悪等により頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付日から14日間以内 ②厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
	（介護予防）短期入所生活介護を受けている場合	算定不可	あり	末期の悪性腫瘍の利用者であって、利用開始前30日以内に患家を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が実施した場合に限り算定可
	（介護予防）短期入所療養介護を受けている場合	算定不可	なし	
	（地域密着型）特別養護老人ホームに入所している場合	算定不可	あり	末期の悪性腫瘍の利用者に限り算定可
	介護老人保健施設に入所している場合	算定不可	なし	
	介護療養型医療施設に入院している場合	算定不可	なし	
	医療機関に入院している場合	算定不可	あり	外泊時の場合に限り、訪問看護基本療養費（Ⅳ）の算定可
	介護医療院に入所している場合	算定不可	あり	

制度別対象疾患一覧（介護保険２号該当・医療保険の訪問看護）

（指定難病関係は、別ページ「指定難病一覧」を参照のこと）

令和３年３月１日現在

病名	介護保険 ２号該当	特掲診療料 「別表第七」
がん （医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）	○※１	
関節リウマチ	○	
筋萎縮性側索硬化症	○	○
後縦靱帯骨化症	○	
骨折を伴う骨粗鬆症	○	
初老期における認知粧	○	
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	○※１	
脊髄小脳変性症	○	○
脊柱管狭窄症	○	
早老症	○	
多系統萎縮症 （線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）	○	○
糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症	○	
脳血管疾患	○	
閉塞性動脈硬化症	○	
慢性閉塞性肺疾患	○	
両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	○	
末期の悪性腫瘍		○※２
多発性硬化症		○
重症筋無力症		○
スモン		○
ハンチントン病		○
進行性筋ジストロフィー症		○
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三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）		○※２
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		○
頸髄損傷		○
人工呼吸器を使用している状態		○

※１　介護保険２号該当：介護保険の第２号被保険者（４０歳以上６５歳未満）が要介護・要支援認定を受けることとなる疾病

※２　医療保険訪問看護：要介護者・要支援者であっても、医療保険で訪問看護が行われる疾病

難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病

（1～110は平成27年1月から、111～306は同年7月から、307～330は平成29年4月から、331は平成30年4月から、332～333は令和元年7月から医療費助成を開始）

番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症
2	筋萎縮性側索硬化症
3	脊髄性筋萎縮症
4	原発性側索硬化症
5	進行性核上性麻痺
6	パーキンソン病
7	大脳皮質基底核変性症
8	ハンチントン病
9	神経有棘赤血球症
10	シャルコー・マリー・トゥース病
11	重症筋無力症
12	先天性筋無力症候群
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパ
15	封入体筋炎
16	クロウ・深瀬症候群
17	多系統萎縮症
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)
19	ライソゾーム病
20	副腎白質ジストロフィー
21	ミトコンドリア病
22	もやもや病
23	プリオン病
24	亜急性硬化性全脳炎
25	進行性多巣性白質脳症
26	HTLV-1関連脊髄症
27	特発性基底核石灰化症
28	全身性アミロイドーシス
29	ウルリッヒ病
30	遠位型ミオパチー
31	ベスレムミオパチー
32	自己貪食空胞性ミオパチー
33	シュワルツ・ヤンペル症候群
34	神経線維腫症
35	天疱瘡
36	表皮水疱症
37	膿疱性乾癬（汎発型）
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群
39	中毒性表皮壊死症
40	高安動脈炎
41	巨細胞性動脈炎
42	結節性多発動脈炎
43	顕微鏡的多発血管炎
44	多発血管炎性肉芽腫症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
46	悪性関節リウマチ
47	バージャー病
48	原発性抗リン脂質抗体症候群
49	全身性エリテマトーデス
50	皮膚筋炎／多発性筋炎
51	全身性強皮症
52	混合性結合組織病
53	シェーグレン症候群
54	成人スチル病
55	再発性多発軟骨炎
56	ベーチェット病
57	特発性拡張型心筋症
58	肥大型心筋症
59	拘束型心筋症
60	再生不良性貧血
61	自己免疫性溶血性貧血
62	発作性夜間ヘモグロビン尿症
63	特発性血小板減少性紫斑病
64	血栓性血小板減少性紫斑病
65	原発性免疫不全症候群
66	IgA 腎症
67	多発性嚢胞腎
68	黄色靱帯骨化症
69	後縦靱帯骨化症
70	広範脊柱管狭窄症

番号	病名
71	特発性大腿骨頭壊死症
72	下垂体性ADH分泌異常症
73	下垂体性TSH分泌亢進症
74	下垂体性PRL分泌亢進症
75	クッシング病
76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
78	下垂体前葉機能低下症
79	家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）
80	甲状腺ホルモン不応症
81	先天性副腎皮質酵素欠損症
82	先天性副腎低形成症
83	アジソン病
84	サルコイドーシス
85	特発性間質性肺炎
86	肺動脈性肺高血圧症
87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
88	慢性血栓塞栓性肺高血圧症
89	リンパ脈管筋腫症
90	網膜色素変性症
91	バッド・キアリ症候群
92	特発性門脈圧亢進症
93	原発性胆汁性胆管炎
94	原発性硬化性胆管炎
95	自己免疫性肝炎
96	クローン病
97	潰瘍性大腸炎
98	好酸球性消化管疾患
99	慢性特発性偽性腸閉塞症
100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
101	腸管神経節細胞僅少症
102	ルビンシュタイン・テイビ症候群
103	CFC症候群
104	コステロ症候群
105	チャージ症候群
106	クリオピリン関連周期熱症候群
107	若年性特発性関節炎
108	TNF受容体関連周期性症候群
109	非典型溶血性尿毒症症候群
110	ブラウ症候群
111	先天性ミオパチー
112	マリネスコ・シェーグレン症候群
113	筋ジストロフィー
114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群
115	遺伝性周期性四肢麻痺
116	アトピー性脊髄炎
117	脊髄空洞症
118	脊髄髄膜瘤
119	アイザックス症候群
120	遺伝性ジストニア
121	神経フェリチン症
122	脳表ヘモジデリン沈着症
123	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症
124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
126	ペリー症候群
127	前頭側頭葉変性症
128	ビッカースタッフ脳幹脳炎
129	痙攣重積型（二相性）急性脳症
130	先天性無痛無汗症
131	アレキサンダー病
132	先天性核上性球麻痺
133	メビウス症候群
134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群
135	アイカルディ症候群
136	片側巨脳症
137	限局性皮質異形成
138	神経細胞移動異常症
139	先天性大脳白質形成不全症
140	ドラベ症候群

難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病

（1～110は平成27年1月から、111～306は同年7月から、307～330は平成29年4月から、331は平成30年4月から、332～333は令和元年7月から医療費助成を開始）

番号	病名
141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん
142	ミオクロニー欠神てんかん
143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん
144	レノックス・ガストー症候群
145	ウエスト症候群
146	大田原症候群
147	早期ミオクロニー脳症
148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群
150	環状20番染色体症候群
151	ラスムッセン脳炎
152	PCDH19関連症候群
153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎
154	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症
155	ランドウ・クレフナー症候群
156	レット症候群
157	スタージ・ウェーバー症候群
158	結節性硬化症
159	色素性乾皮症
160	先天性魚鱗癬
161	家族性良性慢性天疱瘡
162	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）
163	特発性後天性全身性無汗症
164	眼皮膚白皮症
165	肥厚性皮膚骨膜症
166	弾性線維性仮性黄色腫
167	マルファン症候群
168	エーラス・ダンロス症候群
169	メンケス病
170	オクシピタル・ホーン症候群
171	ウィルソン病
172	低ホスファターゼ症
173	VATER症候群
174	那須・ハコラ病
175	ウィーバー症候群
176	コフィン・ローリー症候群
177	ジュベール症候群関連疾患
178	モワット・ウィルソン症候群
179	ウィリアムズ症候群
180	ATR－X症候群
181	クルーゾン症候群
182	アペール症候群
183	ファイファー症候群
184	アントレー・ビクスラー症候群
185	コフィン・シリス症候群
186	ロスムンド・トムソン症候群
187	歌舞伎症候群
188	多脾症候群
189	無脾症候群
190	鰓耳腎症候群
191	ウェルナー症候群
192	コケイン症候群
193	プラダー・ウィリ症候群
194	ソトス症候群
195	ヌーナン症候群
196	ヤング・シンプソン症候群
197	1p36欠失症候群
198	4p欠失症候群
199	5p欠失症候群
200	第14番染色体父親性ダイソミー症候群
201	アンジェルマン症候群
202	スミス・マギニス症候群
203	22q11.2欠失症候群
204	エマヌエル症候群
205	脆弱X症候群関連疾患
206	脆弱X症候群
207	総動脈幹遺残症
208	修正大血管転位症
209	完全大血管転位症
210	単心室症
211	左心低形成症候群
212	三尖弁閉鎖症
213	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
215	ファロー四徴症
216	両大血管右室起始症
217	エプスタイン病
218	アルポート症候群
219	ギャロウェイ・モワト症候群
220	急速進行性糸球体腎炎
221	抗糸球体基底膜腎炎
222	一次性ネフローゼ症候群
223	一次性膜性増殖性糸球体腎炎
224	紫斑病性腎炎
225	先天性腎性尿崩症
226	間質性膀胱炎（ハンナ型）
227	オスラー病
228	閉塞性細気管支炎
229	肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）
230	肺胞低換気症候群
231	α1－アンチトリプシン欠乏症
232	カーニー複合
233	ウォルフラム症候群
234	ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）
235	副甲状腺機能低下症
236	偽性副甲状腺機能低下症
237	副腎皮質刺激ホルモン不応症
238	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症
239	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症
240	フェニルケトン尿症
241	高チロシン血症1型
242	高チロシン血症2型
243	高チロシン血症3型
244	メープルシロップ尿症
245	プロピオン酸血症
246	メチルマロン酸血症
247	イソ吉草酸血症
248	グルコーストランスポーター1欠損症
249	グルタル酸血症1型
250	グルタル酸血症2型
251	尿素サイクル異常症
252	リジン尿性蛋白不耐症
253	先天性葉酸吸収不全
254	ポルフィリン症
255	複合カルボキシラーゼ欠損症
256	筋型糖原病
257	肝型糖原病
258	ガラクトース－１－リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損
259	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
260	シトステロール血症
261	タンジール病
262	原発性高カイロミクロン血症
263	脳腱黄色腫症
264	無βリポタンパク血症
265	脂肪萎縮症
266	家族性地中海熱
267	高IgD症候群
268	中條・西村症候群
269	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
270	慢性再発性多発性骨髄炎
271	強直性脊椎炎
272	進行性骨化性線維異形成症
273	肋骨異常を伴う先天性側弯症
274	骨形成不全症
275	タナトフォリック骨異形成症
276	軟骨無形成症
277	リンパ管腫症/ゴーハム病
278	巨大リンパ管奇形（頚部顔面病変）
279	巨大静脈奇形（頚部口腔咽頭びまん性病変）
280	巨大動静脈奇形（頚部顔面又は四肢病変）
281	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群
282	先天性赤血球形成異常性貧血

難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病

（１～110は平成27年１月から、111～306は同年７月から、307～330は平成29年４月から、331は平成30年４月から、332～333は令和元年7月から医療費助成を開始）

番号	病名
283	後天性赤芽球癆
284	ダイアモンド・ブラックファン貧血
285	ファンコニ貧血
286	遺伝性鉄芽球性貧血
287	エプスタイン症候群
288	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症
289	クロンカイト・カナダ症候群
290	非特異性多発性小腸潰瘍症
291	ヒルシュスプルング病（全結腸型又は小腸型）
292	総排泄腔外反症
293	総排泄腔遺残
294	先天性横隔膜ヘルニア
295	乳幼児肝巨大血管腫
296	胆道閉鎖症
297	アラジール症候群
298	遺伝性膵炎
299	嚢胞性線維症
300	IgG4関連疾患
301	黄斑ジストロフィー
302	レーベル遺伝性視神経症
303	アッシャー症候群
304	若年発症型両側性感音難聴
305	遅発性内リンパ水腫
306	好酸球性副鼻腔炎
307	カナバン病
308	進行性白質脳症
309	進行性ミオクローヌスてんかん
310	先天異常症候群
311	先天性三尖弁狭窄症
312	先天性僧帽弁狭窄症
313	先天性肺静脈狭窄症
314	左肺動脈右肺動脈起始症
315	ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）／LMX1B関連腎
316	カルニチン回路異常症
317	三頭酵素欠損症
318	シトリン欠損症
319	セピアプテリン還元酵素（SR）欠損症
320	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症
321	非ケトーシス型高グリシン血症
322	β―ケトチオラーゼ欠損症
323	芳香族L－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
324	メチルグルタコン酸尿症
325	遺伝性自己炎症疾患
326	大理石骨病
327	特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）
328	前眼部形成異常
329	無虹彩症
330	先天性気管狭窄症／先天性声門下狭窄症
331	特発性多中心性キャッスルマン病
332	膠様滴状角膜ジストロフィー
333	ハッチンソン・ギルフォード症候群