

はじめに

急速に少子高齢化が進むなか、我が国では、2025（令和7）年までにいわゆる「団塊の世代」が75歳以上となる超高齢社会を迎えます。

こうしたなかで、国民1人ひとりが、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備する「地域包括ケアシステム」の取組みが進められています。

我が国における医療および介護の体制は、国民皆保険としての医療保険制度および平成12年に創設された介護保険制度の下で、着実に整備されてきました。しかし、高齢化の進展に伴う慢性疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく必要性が高まっています。

一方で、介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、両者連携の必要性がこれまで以上に要望されています。特に、認知症への対応は、地域ごとに、認知症の状態に応じた早期の適切な診断やサービス提供体制の充実が求められています。

このようななかで、医療保険および介護保険のサービス提供体制を併せ持つ「訪問看護ステーション」の存在とその果たす役割は、高齢化が急速に進む都市部や人口が減少する過疎地等といったそれぞれの地域の高齢化の実情に応じて、安心して暮らせる住まいの確保や自立を支える生活支援、疾病予防・介護予防等へ資する存在として期待は高まっており、「訪問看護ステーション」を開設する事業者や看護師も増加しています。

本書では、医療機関と介護保険施設等の連携をより推進させるためのオンライン請求や資格確認などDXの活用が盛り込まれた令和6年度「医療・介護同時報酬改定」の内容を中心に、厚生労働省が公表する統計資料や基本となる法令の解釈を基本に「指導や監査」の内容を盛り込

むなど保険制度の中で事業を行うにあたり「法令遵守の重要性」を解説しています。

また、著者がこれまでに培ってきた「医療・介護の行政と現場での経験」を基に、訪問看護ステーションを運営していくうえでの管理的事項である「職員の確保」や「人事評価制度の導入」また「自然災害や新興感染症発生時の事業継続計画（BCP）」の策定方法や「虐待・身体拘束の防止」についても取り上げています。

本書が新たに利用者の視点に立って切れ目のない医療および介護の提供体制を構築し、利用者1人ひとりの自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことを願い、訪問看護事業を始めてみようと思われる皆様の一助となれば幸いです。

令和6年6月

行政書士・防災士・合同会社外彩代表 伊藤 哲哉

第1章 総論編



第1節 訪問看護サービスの基礎知識	8
1 訪問看護とは	8
2 訪問看護ステーションのサービス	8
3 訪問看護を利用できるのは	9
4 訪問看護の利用回数・利用時間	18
5 訪問看護の費用	22
6 訪問看護の利用料	24
7 訪問看護費等の費用請求	26
8 訪問看護ステーションの収支	28
第2節 訪問看護ステーションが押さえておくべき法令等	29
1 日本の法体系	29
2 訪問看護の運営に関する諸法令	31
第3節 国の政策・動向、ニーズ	35
1 地域包括ケアシステム	35
2 介護保険制度を取り巻く状況	39
3 地域包括ケアシステムにおける訪問看護の果たす役割	40
4 在宅医療・介護の連携推進の方向性	41
5 看護小規模多機能型居宅介護	43
6 療養通所介護	46

第2章 開設編



第1節 訪問看護ステーション開設の概要	48
■ 訪問看護事業の開設要件	48
第2節 開設までの手順とスケジュール	54
■ 開設に向けての手順	54

第3節 開設場所の選定	59
1 事業運営の基本方針を定める	59
2 市場調査の重要性	60
第4節 開設資金の確保	63
1 開設・運営に必要な資金	63
2 事業収支計画書の作成	66
第5節 指定申請	75
1 訪問看護事業者としての指定を受けるための要件	75
2 指定を受けるための事前準備	78
3 指定申請に必要な書類と様式	81

第3章 運営編



第1節 訪問看護ステーションの運営基準	136
■ 訪問看護事業運営に関する基本通知	136
第2節 訪問看護ステーションの運営	180
1 利用者確保	180
2 訪問看護ステーションの事務	186
3 請求事務の流れ	187
4 オンライン請求およびオンライン資格確認	193
5 報酬の算定構造	200
第3節 2024（令和6）年度報酬改定におけるポイント	251
1 働き方改革と24時間対応体制確保の推進	251
2 ステーション機能に応じた評価	253
3 訪問看護に関するDXの推進	255
4 利用者の状態に応じた訪問看護の提供	256
第4節 2024（令和6）年度診療報酬改定【訪問看護】	258

1	24 時間対応体制確保の推進	259
2	「訪問看護医療 DX 情報活用加算」の新設	260
3	訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化	261
4	虐待防止措置および身体的拘束等の適正化の推進	264
5	訪問看護管理療養費の見直し	265
6	機能強化型訪問看護管理療養費の見直し	266
7	緊急訪問看護加算の評価の見直し	267
8	医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し	268
9	母子に対する適切な訪問看護の推進	269
10	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 および様式見直し	270
11	訪問看護ベースアップ評価料（新設）	270

第5節 2024（令和6）年度介護報酬改定【訪問看護】…… 275

1	専門性の高い看護師による訪問看護の評価	276
2	円滑な在宅移行に向けた看護師による退院当日訪問の推進	278
3	訪問看護等におけるターミナルケア加算の見直し	279
4	情報通信機器を用いた死亡診断の補助に関する評価	279
5	業務継続計画（BCP）未策定事業所に対する減算の導入	281
6	高齢者虐待防止の推進	282
7	身体的拘束等の適正化の推進	284
8	訪問系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化	284
9	訪問看護等における 24 時間対応体制の充実	285
10	訪問看護における 24 時間対応のニーズに対する即応体制の確保	286
11	退院時共同指導の指導内容の提供方法の柔軟化	287
12	理学療法士等による訪問看護の評価の見直し	288
13	特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算および中山間地域に 居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化	289
14	テレワークの取扱い	291
15	人員配置基準における両立支援への配慮	291

- 16 管理者の責務および業務範囲の明確化 292
- 17 「書面提示」規制の見直し 293

第6節 医療費の助成制度 294

- 1 公費負担医療制度 294
- 2 指定難病と訪問看護 299
- 3 高額療養費制度と訪問看護 314
- 4 小児慢性特定疾病医療費助成と訪問看護 318
- 5 自立支援医療制度（精神通院医療）と訪問看護 323
- 6 生活保護制度と訪問看護 329

第7節 指導と監査 334

- 1 指導 334
- 2 監査 350

第4章 管理編



第1節 職員の採用と育成 358

- 1 採用と定着のための体制整備 358
- 2 コミュニケーションツールとしての「人事評価制度」 363

第2節 介護事業所における自然災害・新興感染症発生時における業務継続計画（BCP） 369

- 1 自然災害 BCP 371
- 2 新興感染症 BCP 379

第3節 虐待防止と身体拘束 420

- 1 虐待防止 420
- 2 身体拘束の廃止と支援の質の向上に向けて 422
- 3 虐待防止マニュアル策定例 424

第 1 章

総論編



- 第 1 節 訪問看護サービスの基礎知識 /8
- 第 2 節 訪問看護ステーションが
押さえておくべき法令等 /29
- 第 3 節 国の政策・動向、ニーズ /35

第 1 節

訪問看護サービスの基礎知識

1 訪問看護とは



訪問看護とは、主治医の指示に基づき、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）が、健康上の問題や生活上の障害のある方々に対して、生活の場である家庭を訪問し、病状の確認や点滴、医療機器の管理など、専門的なケアを提供するサービスを行うことです。病気や障害があっても、医療機器を使用しながらでも住み慣れた地域や居宅で、その人らしく療養生活を送れるように多職種と連携・協働しながら利用者の療養生活を支援します。

サービスを提供する事業所は、介護保険法により居宅サービス事業者として指定を受けた「指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション）」と、病院や診療所などの「医療機関」内に設けられた事業所に分かれます。

なお、保険医療機関の指定を受けた「病院・診療所」では、特段の申請をしなくても「みなし指定事業所」として訪問看護を実施することが可能です。

2 訪問看護ステーションのサービス



訪問看護ステーションから専門の看護師等が利用者の家庭を訪問、病状や療養生活を看護の専門家の目で見守り、適切な判断に基づいたケアとアドバイスで、24 時間 365 日対応し、在宅での療養生活が送れるように支援します。

また、医師や関係機関と連携をとり、様々な在宅ケアサービスの利用

方法などを提案します。

訪問看護ステーションでは次のようなサービスを提供します。

訪問看護ステーションのサービス

主なサービス	具体的な内容
病状・心身の状態観察	病気や障害の状態、血圧・体温・脈拍などのバイタルをチェックし、異常の早期発見
医師の指示による医療処置	主治医の指示により、点滴、カテーテル管理（胃ろう、尿留置カテーテルなど）、インシュリン注射などの処置
服薬の相談・指導	薬の作用・副作用の説明、飲み方の指導、残薬の確認・管理
療養上のケア	身体の清拭、洗髪、入浴介助等の保清、食事や排泄などの介助・その指導
医療機器の管理	在宅酸素、人工呼吸器などの医療機器を管理
褥瘡の予防・処置	床ずれ防止の工夫や薬剤塗布などの褥瘡処置
リハビリテーション	身体機能の維持回復、拘縮予防や嚥下機能訓練など
ターミナルケア	がん末期や終末期を迎えても在宅で過ごせるようにするための支援やケア
介護予防	健康管理、低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイス
家族等への介護支援・相談	介護方法の助言。病気や認知症ケアなどの多様な不安や介護の相談対応

3 訪問看護を利用できるのは

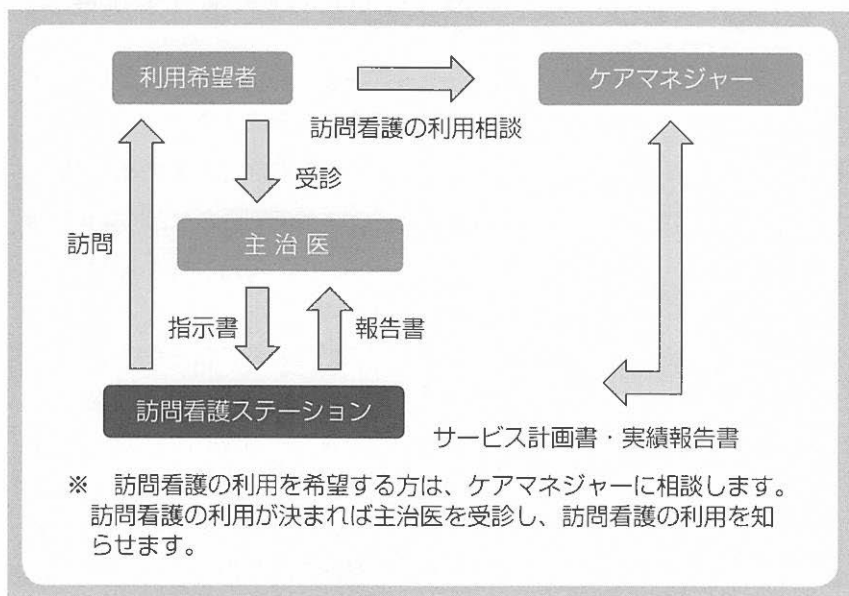


訪問看護は、病気や障害により在宅療養するすべての人を対象にします。

その際、介護保険と医療保険のどちらを利用できるかは、その方の疾患、年齢などにより異なります。

(ア) 介護保険を利用できる方

介護保険の被保険者であって、「要支援1～2」または「要介護1～5」に該当する方（以下、a、bに該当する方）は、ケアマネジャーに相談し、居宅サービス計画に訪問看護を組み入れてもらうことで、必要なサービスを受けることができます。



a. 第1号被保険者（65歳以上）の場合

要支援1・2、要介護1～5の認定を受けている方です。

介護度と状態のめやす

介護度が同じでも、原因となる病気や置かれた環境などによって、状態は相違します。

■要支援（介護予防サービス）

要支援 1：家事や身の回りの一部に手助けや見守りが必要

要支援 2：要支援 1 + 移動の動作に支援が必要なことがある

■要介護（介護サービス）

要介護 1：要支援よりも家事や買い物、金銭管理などの能力がさらに低下している状態（判断能力の低下）

要介護 2：要介護 1 + 日常生活の基本的な動作でも介護が必要になってきている状態（食事介助・歩行介助・認知症の進行）

要介護 3：日常生活の基本的な動作や部屋の掃除など身の回りのことができず、日常的に介護を必要とする状態（寝たきり・認知症による徘徊）

要介護 4：動作能力が全体的に低下して、介護なしに日常生活を送ることが難しい状態（歩行・座位保持困難・認知症状が著しく進行）

要介護 5（施設入所が基本）：要介護 4の状態よりさらに動作能力が低下して、コミュニケーション困難、介護なしには日常生活を送れない状態

★自力で体を動かせない寝たきりや、嚥下能力が衰退し「流動食等や液体状食」が主

★重度の認知症で寝たきり状態、口からの食事ができずに「経管栄養」が主

要支援		要介護				
①	②	①	②	③	④	⑤

軽
→
 重

b. 第2号被保険者（40歳～64歳の医療保険加入者）の場合

「特定疾病」とされている末期がんや関節リウマチなど次に掲げる16種類の疾病により日常生活が困難になり介護や支援が必要になった方で、要支援・要介護の認定を受けている方です。

16 特定疾病（介護保険法施行令第2条（平10.12.24政令第412号））

- | | |
|-------------------------------|--------------|
| ① がん（末期） | ② 関節リウマチ |
| ③ 筋萎縮性側索硬化症 | ④ 後縦靱帯骨化症 |
| ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症 | ⑥ 初老期における認知症 |
| ⑦ 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 | |
| ⑧ 脊髄小脳変性症 | ⑨ 脊柱管狭窄症 |
| ⑩ 早老症 | ⑪ 多系統萎縮症 |
| ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症 | |
| ⑬ 脳血管疾患 | ⑭ 閉塞性動脈硬化症 |
| ⑮ 慢性閉塞性肺疾患 | |
| ⑯ 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 | |

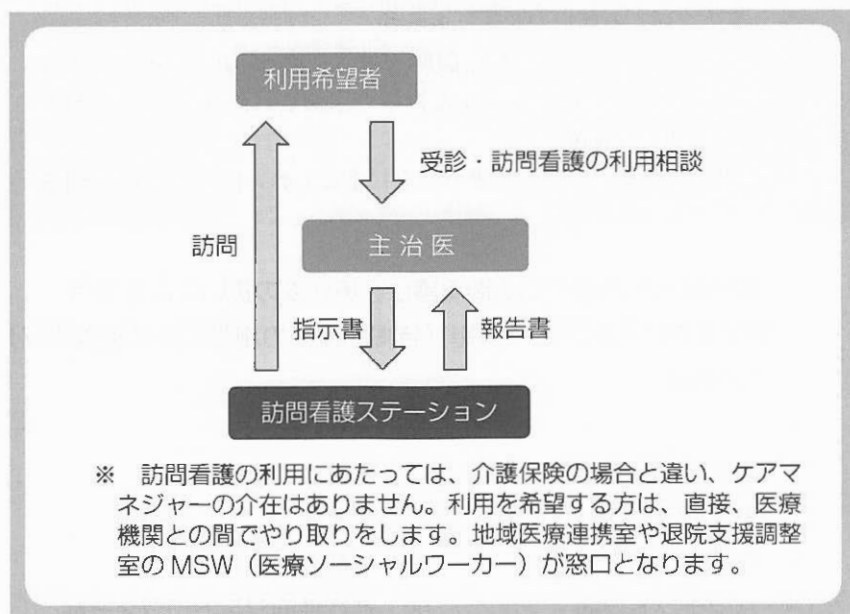
（イ）医療保険を利用できる方

乳幼児から高齢者まで年齢に関係なく医療保険を利用して訪問看護を受けることができます（具体的には以下のa～hに該当する場合）。

利用を希望する際には、主治医に相談します。

具体的には、①居宅において継続して療養を受ける状態にあり通院困難な患者は、原則、週に3回以上の訪問（40歳未満の者および40歳以上の介護保険の要支援者・要介護者でない者）、②厚生労働大臣が定める疾病等に該当する場合は、医療保険による訪問看護で週4日以上（訪問、2箇所の訪問看護ステーションからの訪問が可能です。また、③週7日の訪問看護が計画されている場合は、3箇所の訪問看護ステーションからの訪問が可能です。

訪問看護ステーションでは、主治医が交付した「訪問看護指示書」に基づき、必要なサービスを提供します。



- a. 40歳未満の医療保険加入者とその被扶養者
- b. 40歳以上64歳で①16特定疾病（前頁参照）の対象でない者、②16特定疾病の対象者であっても、介護保険の要支援・要介護に該当しない者

- c. 65 歳以上で要支援・要介護に該当しない者
- d. 要支援・要介護者のうち特別訪問看護指示書（※）が交付されている者

※「特別訪問看護指示書」

訪問看護指示書の出ている利用者の急性増悪、終末期、退院直後などにより、頻回の訪問看護が必要と判断された場合に、「特別訪問看護指示書」が交付されます。指示の有効期間は指示日から最長 14 日までで、月に 1 回交付が可能です。

ただし、次に掲げる者は月 2 回まで交付が可能です。

- ① 気管カニューレを使用している状態にある者
- ② 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- (イ) NPUAP 分類（米国褥瘡諮問委員会：National Pressure Ulcer Advisory Panel が提唱する褥瘡の深達度（深さ）による分類）Ⅲ度またはⅣ度
- (ロ) DESIGN-R 分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4 または D5

- e. 介護保険の利用者でも訪問看護は医療保険の扱いになる疾病・厚生労働大臣の定める疾患（特掲診療料の施設基準等別表第 7）の該当者

- | | |
|---|----------------|
| ① 末期の悪性腫瘍 | ② 多発性硬化症 |
| ③ 重症筋無力症 | ④ スモン |
| ⑤ 筋萎縮性側索硬化症 | ⑥ 脊髄小脳変性症 |
| ⑦ ハンチントン病 | ⑧ 進行性筋ジストロフィー症 |
| ⑨ 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およびパーキンソン病（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度またはⅢ度のものに限る）） | |
| ⑩ 多系統萎縮症（綿糸体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症お | |

よびシャイ・ドレーガー症候群)

- | | |
|------------------|---------------|
| ⑪ プリオン病 | ⑫ 亜急性硬化性全脳炎 |
| ⑬ ライソゾーム病 | ⑭ 副腎白質ジストロフィー |
| ⑮ 脊髄性筋萎縮症 | ⑯ 球脊髄性筋萎縮症 |
| ⑰ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | |
| ⑱ 後天性免疫不全症候群 | ⑲ 頸髄損傷 |
| ⑳ 人工呼吸器を使用している状態 | |

参考：パーキンソン病のホーエン・ヤール重症度と生活機能障害度分類

ホーエン・ヤール重症度	生活機能障害度
ステージ 1 一側性パーキンソニズム	Ⅰ度 日常生活、通院にほとんど介助を要しない。
ステージ 2 両側性パーキンソニズム	
ステージ 3 軽～中等度パーキンソニズム。 姿勢反射障害あり。 日常生活に介助不要。	Ⅱ度 日常生活、通院に部分的介助を要する。
ステージ 4 高度障害を示すが、歩行は介助なしにどうにか可能。	
ステージ 5 介助なしにはベッドまたは車椅子生活。	Ⅲ度 日常生活に全面的介助を要し、独立では歩行起立不能

【出典】厚生労働省（第 1 回指定難病検討委員会 資料 3 平 26.7.28）

f. 特別管理加算の対象となる者

厚生労働大臣の定める疾患（特掲診療料の施設基準等別表第 8）

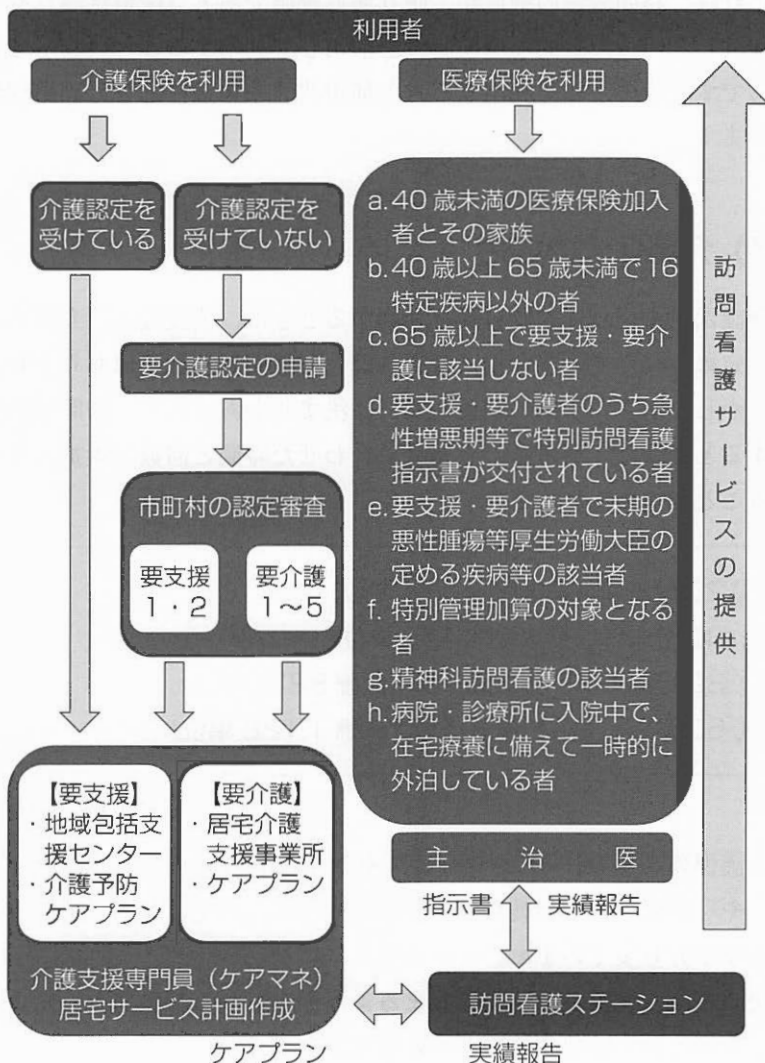
- ① 在宅悪性腫瘍等患者指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、または気管力ニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- ② 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理または在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- ③ 人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある者
- ④ 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- ⑤ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

g. 精神科訪問看護指示書が交付された者

h. 要介護者等であるか否かにかかわらず、病院または診療所に入院中で、在宅療養に備えて一時的に外泊している者

介護保険と医療保険の使い分け

※介護保険が認定されている方は、介護保険が優先となります。
 ※介護保険が認定されていない方は、医療保険での利用となります。



<著者略歴>

伊藤 哲哉

カラビナ行政書士事務所代表

略歴：厚生省地方事務官として滋賀県庁保険課、社会保険事務局（現厚生局）において医療・健康保険・年金行政に従事、この間、調査・指導業務に従事。

退官後は、医療法人・社会福祉法人の現場で事務局長、事務長等の要職を経験し、運営・経営改善・施設基準に従事。

訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所の開設支援も数多く担当。

合同会社 外彩の代表として医療・介護・障害福祉サービスの経営コンサルティングや防災士として業務継続計画の策定研修ならびに成年後見人制度の普及など高齢者福祉のサポートに従事。