

# 心不全患者等の再入院防止に向けた、 病棟看護師による退院直後からのテレナーシング評価 及び算定要件の柔軟化

茅野市

# 茅野市がデジタル田園健康特区として目指す姿

## 在宅医療×交通の課題解決による地域活性化と持続可能な地域社会の実現を目指す

当市では、人口減少、少子高齢化による地域や経済の担い手不足のほか、限られた医療施設で全市域をカバーする移動・物流コストの高さが大きな課題。規制改革とDXによる課題解決を通じ、市民の健康に様々な機能が連携して寄り添うまちを実現したい。

地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制の構築（厚労省方針）

地域の担い手不足の解消（専門職間の連携の促進等）

中山間地域の課題解消（医療資源の偏在、非効率な交通・物流等）

地域まるごと  
病院機能  
（地域資源の有機的連携）

### 在宅医療

### 「規制改革」と「DX」による地域課題解決

#### 持続可能な在宅医療の提供

①医療関係者間の役割の見直し



規制改革

在宅医療における連携の促進

②患者の負担軽減



規制改革

医薬品等の効率的配送

③医療関係者間の情報共有の促進



DX

医療関係者間のコミュニケーション促進

### 交通

#### 地域における交通手段の見直しと確保

①低廉で利便性の高い移動手段



DX

AI乗合オンデマンド交通「のらざあ」

②公共交通から自宅までの自己移動手段



規制改革

別荘地域におけるシニアカーの制限速度の緩和

### 関連規制

(1) かかりつけ医制度

(2) オンライン服薬指導規制

(3) 速度及び車体幅規制

# 茅野市の提案の背景

## ○ 心不全患者の増加や高い再入院率

- ➡ 特に急性増悪による入院が医療費を引き上げている。不十分なセルフケアは、増悪リスク・再入院率・死亡率の上昇を招く（図1）

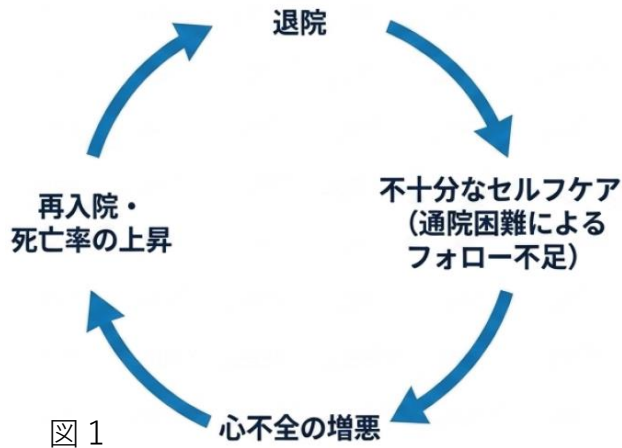


図1

⇒ セルフケアツールの活用や専門職によるセルフケア支援が心不全患者のアウトカム改善につながることを示唆されている。

## ○ しかし、下記の課題によりセルフケア支援や状態悪化時の早期介入が十分に行われていない。

### 課題① 心不全患者の看護師等によるセルフケア支援が対面のみ

- ➡ 医療機関は在宅療養指導料を算定することができるが、対面での指導が必要。地域医療における看護師不足。

### 課題② 中山間地域における医療機関への交通アクセス困難

- ➡ 特に心不全患者は高齢者が多く、運転免許証返納者も多い。医療機関までの距離が遠いこと、移動手段の確保が難しいこと等により、通院することが困難。



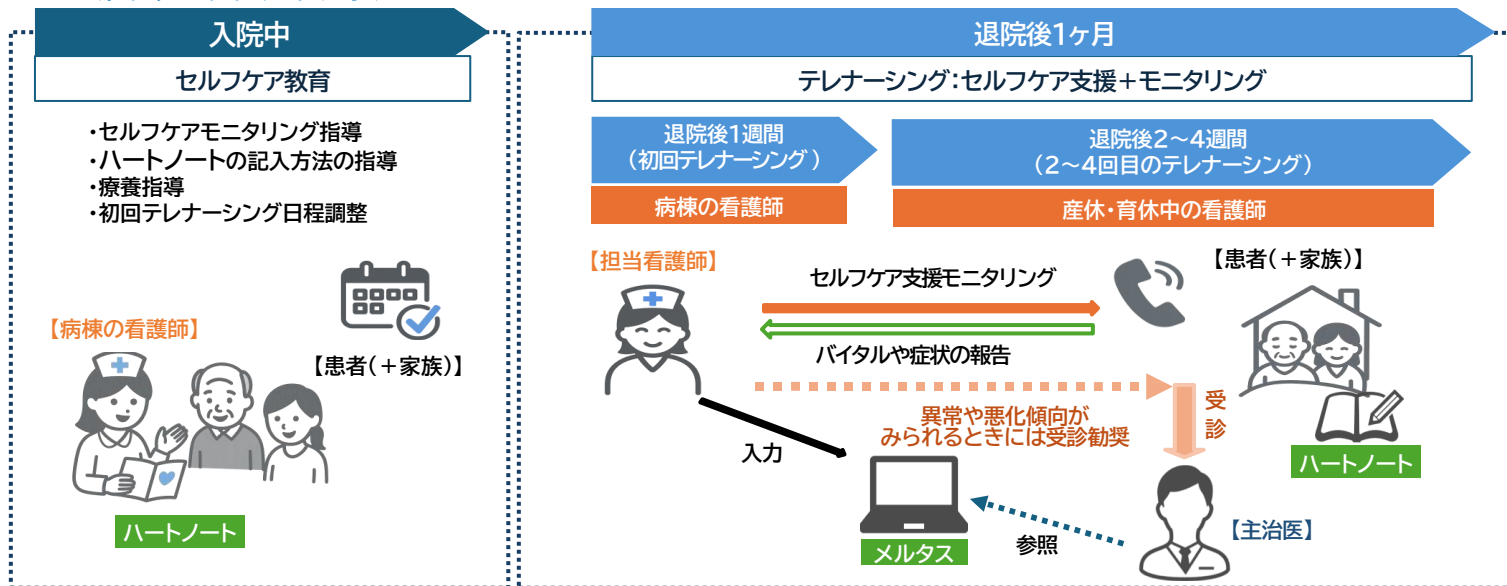
## ○ このような地域課題等を解決するため、令和7年度に、茅野市では以下の取組を行った。

- ・ 心不全患者に対するオンライン指導による在宅療養指導料の算定に関する規制改革提案
- ・ 内閣府の「先端的サービスの開発・構築及び規制・制度改革に関する調査事業」により、心不全患者に対するテレナーシングの実装可能性を検証

# 心不全患者の再入院予防のための遠隔看護の普及に向けた調査

☆ 諏訪中央病院において、心不全により2025年10月～2026年1月の間で入院し、治療を受け退院する患者62名(平均81歳、男女同数)を対象にテレナーシングを実施 (※詳細参考のとおり)

## <テレナーシングの流れ>



## ☆ハートノート

大阪心不全地域医療連携の会が開発したアセスメントツール。バイタルや病状の記録内容を点数化することで可視化し、患者本人や家族が点数を見て対処行動を選択するように設計されている。

テレナーシングを実施するために必要なアセスメントツールとして、4つのツールを作成。

- ・ **心不全テレナーシングプロトコル** 退院前に病棟看護師が担うセルフケア教育やテレナーシングの日程調整等業務の流れを示したもの
- ・ **心不全患者退院後テレナーシングプロトコル** 産休・育休中の看護師が行う退院後のテレナーシング実施手順を示したもの
- ・ **心不全テレナーシング用トークスクリプト** 退院後心不全患者のセルフケアを支援するためにテレナーシング実施時に用いる会話の台本
- ・ **心不全テレナーシングQ&A集** 患者・家族からよく受ける質問と対応方法をまとめたもの

- **入院中にセルフケア教育**を行い、退院後、看護師が**週1回、合計4回、テレナーシングを実施**。
- 頻度は、**退院後1週間ごとに4回を原則**とし患者の意向をもとに判断。
- **介入目的**は、患者が自らの症状や生活習慣を日常的に把握できるよう支援し、**心不全の悪化による再入院を予防**すること。

○再入院率 8%

期間中の心不全悪化による再入院は 8%

日本の退院後1年間の再入院率は平均30-45%

➡ 純粋な比較はできないものの、再入院予防のためのテレナーシングの有用性が確認

○テレナーシングによる指導の平均時間 15分

短時間で終了するケースや1時間以上にも及ぶケースが存在するなど時間のばらつきが確認されたが、平均時間は15分程度

➡ 介入頻度を高めることで在宅患者のセルフケアにおける意識向上がみられたほか状態悪化時の迅速な介入が可能に

○4回のテレナーシングの完遂率 85%

☆患者・家族からの評価

- ①退院後も見守られる安心感
- ②セルフモニタリングで自己理解が深まる
- ③週1回の定期電話が心強い
- ④体調変化時の迅速な受診調整・医師連携
- ⑤傾聴的で丁寧なコミュニケーション
- ⑥初回を顔なじみの病棟看護師が担うこと

☆看護師からの評価

- ①病棟看護師が退院後1回目のテレナーシングを行い、2回目以降については産休・育休中の看護師に引き継ぐ仕組みが高評価
- ②病棟看護師は、退院指導のフィードバックを患者から得られる貴重な機会と捉えており、産休・育休中の看護師の職場復帰支援としても非常に有用であることが確認

○BNP改善

テレナーシングを行うことにより、心不全の重症度や治療反応を示す客観的指標であるBNPが入院時と比較し改善

# 令和8年度診療報酬改定となお残る茅野市の課題

## ○ 令和8年度診療報酬改定※により、在宅療養指導料の算定要件緩和

- ➔ 茅野市が求めていた、心不全患者に対するオンライン指導による在宅療養指導料の算定について、**2回目以降の療養指導で情報通信機器を用いた場合に算定可能**となる。

※ 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号） 別表第一 医科診療報酬点数表  
区分番号 B001 特定疾患治療管理料 13 在宅療養指導料の算定要件の緩和

## ○ 心不全患者のさらなる負担軽減を目指し、テレナーシングの活用拡大に向けて、3つの課題に対して提案

### ① 初回は、「対面」が必須

中山間地域という地域特性から通院することが困難な患者も多く、医療機関への通院は身体的負担が大きい。  
⇒ **入院していた病棟の看護師**が情報通信機器を用いて**療養指導を実施する場合は、初回も算定**を可能とする。

### ② 1回「30分以上」の指導であり、月2回まで

高齢者な患者も多く、体力や集中力が続かないことがあるため、増悪兆候の早期発見、行動変容支援という目的からも、時間の長さではなく、反復が重要であり、接触頻度を評価すべき。  
⇒ **1回15分以上**の療養指導とし、**月4回まで**を算定対象とする。

### ③ 1年に「2回以上」の入院歴

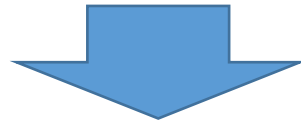
初回退院患者の中にも薬物療法だけでは維持困難な層があり、セルフケア支援やナーシング介入により、患者の行動変容が期待でき、再入院予防効果が高いという意見も。  
⇒ **客観的リスク指標に基づく要件を設定**して、**該当する場合は入院が1回であっても算定**を可能とする。



# 茅野市の提案の必要性・期待される効果

## 課題① 初回は、「対面」が必須

**入院していた病棟の看護師**が情報通信機器を用いて**療養指導を実施する場合は、初回も算定**を可能とする。



- 実証調査で行ったように、入院中からセルフケア教育として療養指導を行っていけば、オンラインで療養指導を行うための対面による事前指導は既に行っているものとして捉えることができる。
- また、入院中に担当していた病棟看護師、つまり、病状および経過の把握、人間関係の構築ができている看護師だからこそ、初回からオンラインでも対面と同等の「安心感」を提供できる。
- さらに、生活環境の変化に対する不安が最も強い時期において、テレナーシング等の情報通信機器を用いて専門職と繋がることが可能な環境は、「見守られている安心感」や「いつでも相談できる環境」として「心理的な支え」として機能するとともに、通院することが困難な患者の負担を軽減することができる。



病棟（担当看護師）



在宅（患者）

# 茅野市の提案の必要性・期待される効果

課題② 1回「30分以上」の指導であり、月2回まで

1回15分以上の療養指導とし、月4回までを算定対象とする。



- 実証調査において、テレナーシングの平均時間は15分という結果。実態として、指導時間が15分でも十分に質の担保ができることが実証された。1回15分とすることで、患者の身体的負担を抑えることが期待される。
- 週に1回、月4回の療養指導により、退院後のセルフケアに不安を抱える患者に、接触頻度を高めることで、増悪兆候の早期発見とセルフケア意識の向上が期待される。

現行制度（1回30分以上×2回）



茅野市提案（1回15分以上×4回）



# 茅野市の提案の必要性・期待される効果

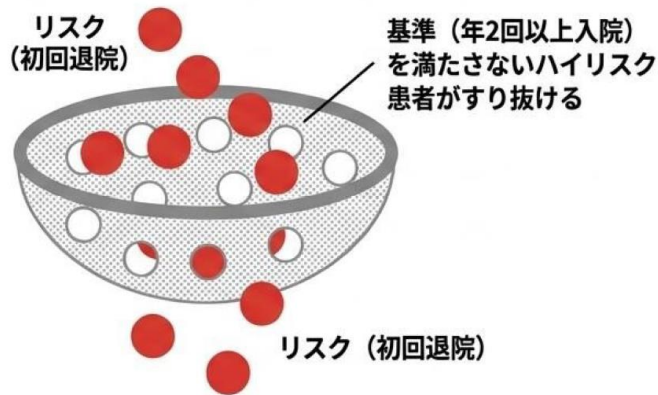
## 課題③ 1年に「2回以上」の入院歴

**客観的リスク指標**（BNP値<sup>(※)</sup>等）に基づく要件を設定して、該当する場合は入院が1回であっても算定を可能とする。

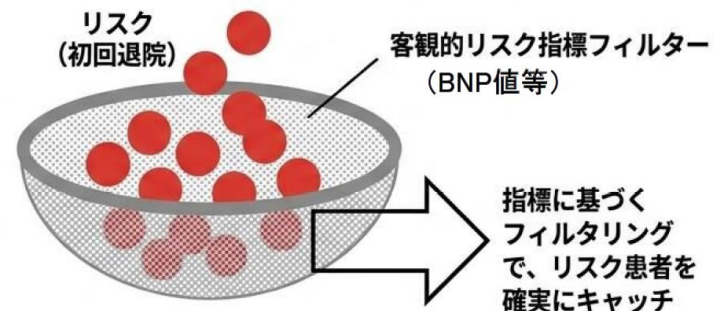


- 1年以内に入院回数が2回以上という一律の要件は、初回退院であっても再入院リスクが高い患者を取りこぼす可能性がある。
- 客観的指標に基づく要件設定により、リスクベースで療養指導対象者を選定することで、心不全患者の再入院率を低下させる。

現行要件：1年に入院2回以上



茅野市提案：客観的リスク指標（BNP値等）



※ BNP(脳性ナトリウム利尿ペプチド)：心臓に負担がかかると分泌され、血管を広げて尿を出すことで心臓を守ろうとする「お助けホルモン」。心筋が限界を迎えて息切れや浮腫が生じる前の段階から、心臓から血液中に分泌される。分泌されるホルモンの血中濃度をBNP値といい、心不全の重症度を示す生化学的マーカー。

## 心不全患者の再入院予防のための遠隔看護の普及に向けた調査

### 【事業概要】

心不全ケアの質向上および看護師を含む潜在的な医療人材の活用の実現のため、セルフモニタリング教育や支援をテレナーシング(遠隔看護)で行う場合にも在宅療養指導料の算定対象とすることが必要である。そのため、令和7年11月から4か月間、心不全患者の自己管理に向け、ハートノート(アセスメントツール)を用いたセルフモニタリング教育・支援等のマニュアルの作成、社会実装に向けた実施体制の検討を行うとともに、心不全患者へのテレナーシングの実証・効果検証をすることで、診療報酬の加算対象とするために必要な効果、課題等の検証を実施した。

### 【実施体制】

(代表者) 一般社団法人コミュニティヘルス研究機構  
(構成員) 組合立諏訪中央病院、ワイズマン株式会社  
東京海上ディーアール株式会社  
エルシーブイ株式会社  
(自治体) 長野県茅野市

### 【調査対象である規制・制度改革の内容】

2回目の心不全入院後、退院1か月以内に外来等で対面により指導を行うことで、在宅療養指導料を算定可能(令和6年厚生労働省告示第57号)。しかし、外来看護職の配置は限られていることから、適切なアセスメントツールで状態を評価し、テレナーシングによる生活指導・疾患管理を行い、その内容を診療録(地域医療介護情報ネットワーク含む)に記載した場合にも算定を可能とする。

### 【調査・実証内容】

#### ① アセスメントツールの活用に向けたマニュアル等の作成

##### 【調査目的・内容】

- ハートノートを適切に活用するためのマニュアルを作成し、実装に向けたセルフモニタリング教育・支援や実施体制について検討する。
- テレナーシングの実装に向けた実証内容の精度を向上させるため、心不全に係る先進的な取組を行う医療関係の有識者へのヒアリングを実施する。

##### 【調査結果】

- ハートノートを利用するに当たり、トークスクリプトなどのマニュアルを作成。指導内容の水準を一定程度担保するだけでなく、セルフモニタリング教育・支援の知識習得に係る看護師の学習ツールとしても機能する可能性が確認できた。
- 客観的な指標として、心不全の重症度や治療反応を示すBNP(B型ナトリウム利尿ペプチド)の推移を取得することで、評価指標を高度化するなど、有識者の助言を受け、効果検証の妥当性を高める仕組みにした。

#### ② 適切なアセスメントツールを用いたテレナーシングの実証・効果検証

##### 【調査目的・内容】

- 心不全患者に対するセルフモニタリング教育・支援をテレナーシングで実施し、その導入及び運用の過程を明らかにするとともに、プログラムの受容性、適切性、実施可能性、有用性の観点から検証を行う。
- 検証結果を踏まえ、退院後の心不全患者に対する遠隔看護介入プログラムの運用上の課題と対策を整理し、地域医療における持続可能な支援体制の確立に向けた検討を行う。

##### 【調査結果】

- 心不全の重症度や治療反応を示すBNPが入院時と比較し改善されていた。また、純粋な比較はできないものの、我が国における退院後1年間の再入院率は平均30-45%であるところ、この4か月間における本調査中の心不全悪化による再入院率は8%※という結果が得られ、再入院予防のためのテレナーシングの有用性が確認できた。
- テレナーシングという産休・育休中の看護師が参画できる仕組みを活用し、看護師不足の緩和や円滑な職場復帰に繋げることで、持続可能な医療体制を構築し得ることを確認した。
- テレナーシングの開始が医師の判断待ちで遅くなってしまう課題が確認され、看護師の判断で開始できる柔軟な運用など実施体制に改善の余地がある。



※ 本事業対象患者のデータから、心不全再発による再入院割合は概ね3~18%の範囲内であることを推定

## 心不全患者の再入院予防のための遠隔看護の普及に向けた調査

### 【①アセスメントツールの活用に向けたマニュアル等の作成】

#### 1. マニュアル等の作成

心不全テレナーシングを実施するために必要なアセスメントツールとして、4つのツールを作成。

- |                        |   |
|------------------------|---|
| • 心不全テレナーシングプロトコル      | 退院前に病棟看護師が担うセルフケア教育やテレナーシングの日程調整等業務の流れを示したものの |
| • 心不全患者退院後テレナーシングプロトコル | 産休・育休中の看護師が行う退院後のテレナーシング実施手順を示したものの           |
| • 心不全テレナーシング用トークスクリプト  | 退院後心不全患者のセルフケアを支援するためにテレナーシング実施時に用いる会話の台本     |
| • 心不全テレナーシングQ&A集       | 患者・家族からよく受ける質問と対応方法をまとめたもの                    |

#### 2. 当該事業内容に対する助言と反映

本事業の効果検証の妥当性と将来的な実装の可能性を高める観点から、医療関係の有識者※から、実証対象の設定、評価指標、介入設計、制度設計に関する具体的な助言を受け、客観的な指標や現場ニーズ等の観点をアセスメントツールに取り入れた。

#### 有識者からの助言

##### 介入対象の拡大

- 初めて入院した患者はセルフケアの習慣がまだ十分に身につけていない場合が多く、適切な支援を行うことで生活行動が改善しやすい。そのため、テレナーシングによって再入院を防ぐ効果が高まる可能性がある。
- 将来的には、退院直後から中期フォローまでを一連で設計できる制度整備が必要

##### 評価指標の高度化

- 客観的な指標として、心不全の重症度や治療反応を示すBNP（B型ナトリウム利尿ペプチド）の推移を取得することで、評価指標を高度化し、再入院予防効果を定量的に裏付けることが可能になる。

##### 介入内容の質的強化

- 電話介入は、まず信頼関係の構築を優先し、継続意欲を高めることが重要。
- ハートノートの活用においては、点数の正確性のみを追求するだけでなく、生活上の困りごとを引き出す対話ツールとして活用する視点が重要。

##### 初回入院からの退院患者も対象に包含

- 現行制度では「2回目以降の入院患者」が在宅療養指導料の算定対象であるが、セルフケアへの介入による予防的観点の重要性や現場ニーズを踏まえ、初回入院からの退院患者もテレナーシング対象に含める設計へ変更。

##### BNPを含む客観的指標の導入

- 入院時、退院時、テレナーシング終了後の3時点におけるBNP値を取得し、時点ごとの推移の記録を行い、変化を把握する設計へ見直しを行った。
- 追加の採血はせず、通常診療のデータを活用。患者負担の増加を避けた。

##### 関係性重視・セルフケア支援の強化

- テレナーシングを実施する上では、単なる数値確認にとどまらず、信頼関係を構築し、退院後の生活背景や患者の心理状態等を把握した上で、患者自身がセルフケアを習得し自立して実施できるような伴走型支援の位置づけを強化する。

## 心不全患者の再入院予防のための遠隔看護の普及に向けた調査

### 【②適切なアセスメントツールを用いたテレナーシングの実証・効果検証】

#### 【実施概要】

##### <テレナーシングの対象患者>

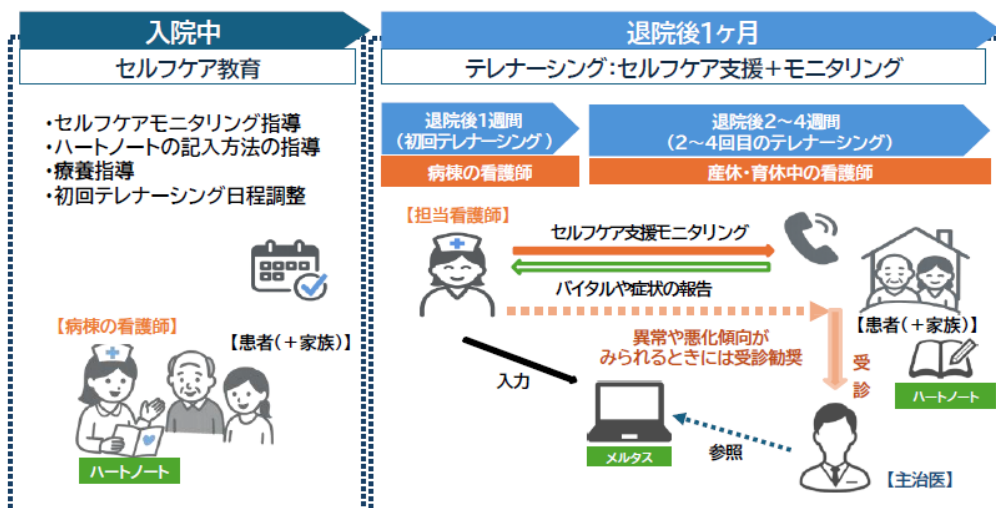
諏訪中央病院において、心不全により2025年10月～2026年1月の間で入院し、治療を受け退院する患者のうち、以下を満たす者として本実証では、62名(平均81歳、男女同数)を対象に実施した。

1. 主治医が退院後の日常的な心不全マネジメントが必要と判断した者
2. 同意取得時において年齢が20歳以上の者
3. 必要に応じて家族等のサポートを受けながら介入に参加できる者
4. 日本語による会話または読み書きが可能な者
5. 研究参加について、本人または代諾者から同意が得られている者

##### <使用ツール>

・ ハートノート※ (アセスメントツール) を使用  
 ※ 大阪心不全地域医療連携の会が開発したアセスメントツールであり、バイタルや病状の記録内容を点数化することで可視化し、患者本人や家族が点数を見て対処行動を選べるように設計されている。

#### <テレナーシングの流れ>



#### 【調査結果】

##### <再入院・完遂率>

- ・ 期間中の心不全悪化による再入院は5名(8%)と低い結果が得られた。
- ・ 4回の介入を完遂したのは52名(85%)であり、逸脱10名の理由は、同意撤回1名(電話が煩わしい)と、心不全悪化以外を含む入院(骨折・肺炎・貧血精査など)。

##### <患者及びその家族からの評価>

- ・ 患者及びその家族への実証後のインタビューからは、①～⑥の観点から受容性が高いという結果が得られた。また、安心の基盤形成、セルフケアによる行動変容(測定習慣化・早期相談)の有用性が示唆された。
- ・ 特に再入院歴のない患者のほうがテレナーシングによる介入を高く評価した。

- ①退院後も見守られる安心感 ②セルフモニタリングで自己理解が深まる  
 ③週1回の定期電話が心強い ④体調変化時の迅速な受診調整・医師連携  
 ⑤傾聴的で丁寧なコミュニケーション ⑥初回を顔なじみの病棟看護師が担うこと

##### <看護師からの評価>

- ・ 病棟看護師が退院後1回目のテレナーシングを行い、2回目以降については産休・育休中の看護師に引き継ぐ仕組みが高評価であった。
- ・ 病棟看護師は、退院指導のフィードバックを患者から得られる貴重な機会と捉えており、産休・育休中の看護師の職場復帰支援としても非常に有用であることが確認できた。

##### <実装に向けた課題>

- ・ 本事業のような組合立所属看護師など地方公務員の産休・育休中の看護師への報酬支払いの制度上の制約が継続性の課題として明らかになった。
- ・ そのため、民間企業同様に、育休中の就労と報酬の支払い(10日80時間まで)を可能とすることが継続性の観点から求められる。
- ・ 最大のボトルネックは医師の判断待ちで介入開始が遅れる/結果として介入できない事態が確認されており、看護師の判断で介入開始できる柔軟な運用方法にするなど、改善の余地がある。

## 心不全患者の再入院予防のための遠隔看護の普及に向けた調査

### 【事業結果のまとめ】

#### 【総評・規制・制度改革に向けた今後の展望】



#### 心不全患者の再入院予防のための遠隔看護の普及 (診療報酬の算定方法の一部を改正する件)

##### ○ テレナーシングによる指導の対面限定の緩和

- 患者及びその家族から退院直後の不安が強い時期において、「見守られている安心感」「いつでも相談できる環境」は心理的な支えとして高く評価された。
- さらに、患者及び家族へのヒアリングから、入院中に担当であった病棟看護師が退院後1回目のテレナーシングを行い、2回目以降については産休・育休中の看護師に引き継ぐ仕組みの受容性が高いことが明らかとなった。

初回は対面限定という原則は残しつつ、心不全患者の退院後の心理的側面を鑑み、入院中に関わった病棟看護師による在宅療養指導については、初回から情報通信機器を用いた指導も例外として認める。

##### ○ 在宅療養指導料等の時間要件の見直し

- テレナーシングの実態として、短時間で終了するケースや1時間以上にも及ぶケースが存在するなど時間のばらつきが確認されたが、平均時間は15分程度であった。
- 介入頻度を高めることで在宅患者のセルフケアにおける意識向上がみられたほか状態悪化時の迅速な介入が可能となった。

報酬算定となる所用時間※の合計は現行のままとしつつ、現場の実態に即する形で短時間かつ高頻度であっても算定の対象とする柔軟な運用とする。

※ 例：現行 30分×2回 / 月 → 15分×4回 / 月

##### ○ 客観的指標を活用した対象選定

- 現行の対象要件基準は患者の再入院回数のみとなっており、初回退院の高リスク患者を取りこぼす可能性がある。
- テレナーシングを行うことにより心不全の重症度や治療反応を示す客観的指標であるBNPが入院時と比較し改善された。

再入院歴のほか客観的指標の導入やセルフモニタリングに一定の基準を設け症状の悪化が見られた場合も含めるよう対象者を拡大する。

#### 地方公務員の働き方改革 (地方公務員の育児休業等に関する法律)

##### ○ 看護師を例外とした働き方の緩和

- 公立病院で勤務する看護師など、地方公務員として働く看護師への産休・育休中の報酬支払いの制約が継続性の課題として明らかになった。
- 産休・育休中にテレナーシングを行うことが職場復帰支援としても非常に有用であることが判明した。

看護師は、地方公務員であっても、産休・育休取得中の限定的な就労ができる措置を例外として認める。

## (参考⑤) 心不全患者の再入院予防のための遠隔看護の普及に向けた調査事業に対する有識者からのヒアリング

調査事業の効果検証の妥当性と将来的な実装の可能性を高める観点から、医療関係の有識者から、実証対象の設定、評価指標、介入設計、制度設計に関する具体的な助言を以下のとおり受けた。

### ○新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学・主任教授 猪又孝元 先生

- ・初回退院時は、薬剤の最適化を通じてベストポジションを狙う時期だが、最善を尽くしても再入院する患者層は、薬物療法のみでは維持困難であり、セルフケア支援やナーシング介入の重要性が高い。
- ・短期間の介入であっても、BNP（B型ナトリウム利尿ペプチド）の推移を探索的指標として取得することが有効。
- ・BNPは心不全の重症度を示す生化学的マーカーであり、再入院予防や治療効果の評価に有用である。
- ・非介入群に比べてBNP上昇が抑制される傾向が確認できれば、テレナーシング介入の有用性を定量的に補足するエビデンスとなる可能性がある。
- ・循環器領域ではペースメーカー遠隔モニタリングが先行して普及しているが、定着の鍵は報酬制度にあると指摘。点数が設定され、専任スタッフの配置が可能になれば、テレナーシングも同様に持続可能になる。

### ○鳥取大学医学部 循環器・内分泌代謝内科学分野 衣笠 良治 医師

- ・現行制度では「1年以内に2回目以降の入院」が算定要件となっている点に対し、初回入院の方がむしろ介入効果が高い。
- ・再入院を繰り返す患者は疾患の進行が進んでおり、セルフケア介入だけでは限界がある。一方、初回入院直後の“初心者マーク”期の患者は、介入によって行動変容が期待でき、再入院予防効果が高い。

### 有識者の背景

新潟県全体として心リハ指導士や心不全療養士の育成を進めており、循環器疾患に対応できる人材基盤の強化を図っている。

また、病棟内に心臓リハビリテーション（心リハ）ブースを新設し、理学療法士・管理栄養士・看護師など多職種が連携して集団リハを実施している。

これにより、従来課題であった移送コストや時間的制約を削減し、患者教育の効率化とモチベーション維持につながる取組をスタートしている。

鳥取大学医学部附属病院は、鳥取県西部医師会と協働し、入院から在宅療養まで一貫した支援を実現する「心不全地域連携パス」を運用している。

急性期病院、かかりつけ医、訪問看護、介護事業所など多職種のネットワークを構築し、地域全体で心不全患者を継続的に支える体制を整備している。

## (参考⑥) 関係告示・通知①

○診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和8年厚生労働省告示第69号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一 医科診療報酬点数表 区分番号B001 特定疾患治療管理料 13 在宅療養指導料

13 在宅療養指導料

イ 初回

対面で行った場合 170点

ロ 2回目以降

(1) 対面で行った場合 170点

(2) 情報通信機器を用いた場合 148点

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者（ロの（2）については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に限る。）に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、ロについては月1回（イを算定する月にあつては、イとロを合算して月2回）に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。

○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（通知）（令和8年3月5日保医発0305第6号）別添1 B001特定疾患治療管理料 13 在宅療養指導料

13 在宅療養指導料

(1) 在宅療養指導料は、保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。

(2) 「イ」及び「ロ」の（1）については、次のいずれかの患者に対して対面にて個別に指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

ア 在宅療養指導管理料を算定している患者

イ 入院中の患者以外の患者であつて、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者

ウ 心不全による入院の退院後1月以内の患者であつて、1年以内に心不全による入院が2回以上あった、慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。）

(3) 「ロ」の（2）については、次のいずれかの患者に対して情報通信機器を使用して個別に指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

ア 在宅療養指導管理料を算定している患者のうち「C101」在宅自己注射指導管理料を算定している患者

イ 心不全による入院の退院後1月以内の患者であつて、1年以内に心不全による入院が2回以上あった、慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。）

## (参考⑦) 関係告示・通知②

○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（通知）（令和8年3月5日保医発0305第6号）別添1 B001特定疾患治療管理料  
13 在宅療養指導料

(4) 「イ」及び「ロ」の(1)については、以下の要件を満たすこと。

ア 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行うこと。

イ 対面にて指導を行うこと。

ウ 指導は、保険医療機関内の患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うこと。

(5) 「ロ」の(2)については、以下の要件を満たすこと。

ア 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行うこと。

イ 情報通信機器を使用した指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と情報通信機器を使用した指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施すること。その際、概ね3回に1回は対面による指導として実施するよう計画をすること。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、外来受診同一日は対面にて指導を行うことが望ましい。

ウ 情報通信機器を使用した指導において、患者の個人情報を情報通信機器の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、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」等に対応していること。加えて、情報通信機器による指導の実施に際しては、「オンライン指針」及び日本在宅ケア学会が作成した「テレナーシングガイドライン」を参考に必要な対応を行うこと。

エ 情報通信機器を使用した指導は、原則として、当該保険医療機関内で実施すること。

オ 情報通信機器を使用した指導を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。

(6) 「ロ」の(1)及び(2)は、同一月に併せて算定できない。

(7) 「ロ」の(2)の指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(8) 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮される専用の場所で行うことが必要である。

(9) 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。

(10) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

(11) 当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、次に掲げる在宅療養支援能力向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。

ア 国、都道府県及び医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 外来における在宅療養支援について

(ロ) 在宅療養を支える地域連携とネットワークについて

(ハ) 在宅療養患者（外来患者）の意思決定支援について

(ニ) 在宅療養患者（外来患者）を支える社会資源について