

平成28年度

訪問看護  
訪問リハビリテーション  
居宅療養管理指導

集団指導資料



平成29年2月21日

岡山市保健福祉局事業者指導課

# 目 次

日時：平成29年2月21日（火）  
場所：百花プラザ多目的ホール

1	事業運営上の留意事項	
・	【参考】介護保険の指定事業者、みなし指定事業者について	1
・	主な関係法令	2
・	実施に当たっての留意事項について	7
・	介護報酬の算定上の留意事項について	17
・	介護報酬の算定構造について	44
・	保険優先公費の一覧・制度別対象疾患一覧について	48
2	事業者指導課（訪問通所事業者係）からのお知らせ	52
・	質問票	53

資料 【訪問看護 資料編】

資料 【訪問リハビリテーション 資料編】

資料 【居宅療養管理指導 資料編】

岡山市保健福祉局事業者指導課ホームページ（運営：岡山市）

[http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasideou/jigyousyasideou\\_00003.html](http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasideou/jigyousyasideou_00003.html)

岡山市トップページ > 市政情報 > 組織・部署案内 > 保健福祉局 > 事業者指導課

## 1 事業運営上の留意事項

### 【参考】介護保険の指定事業者、みなし指定事業者について

介護保険の在宅サービスは、原則としてサービス種別ごとに定められた運営基準を満たすものとして、都道府県知事（政令指定都市・中核市は市長）の指定を受けた指定サービス事業者がサービス提供できるものです。介護保険の事業者は6年ごとの指定更新手続きが必要になります。

健康保険法による保険医療機関・保険薬局の指定があったときは、介護保険法第71条で特例として一定の在宅サービスについて、指定居宅サービス、指定介護予防サービス事業者の指定があったものとみなされます。

このみなし指定を受けた保険医療機関・保険薬局が、指定サービス事業者として介護保険のサービス提供を行う場合には、事業の設備及び運営に関する基準に従い、適正な運営を行うことが必要です。

事業所	みなし指定になるサービスの種類
保険医療機関 (病院・診療所)	(介護予防) 居宅療養管理指導 (介護予防) 訪問看護 (介護予防) 訪問リハビリテーション (介護予防) 通所リハビリテーション
保険薬局	(介護予防) 居宅療養管理指導

介護保険法第七十一条 病院等について、健康保険法第六十三条第三項第一号の規定による保険医療機関又は保険薬局の指定があったとき(同法第六十九条の規定により同号の指定があったものとみなされたときを含む。)は、その指定の時に、当該病院等の開設者について、当該病院等により行われる居宅サービス(病院又は診療所にあつては居宅療養管理指導その他厚生労働省令で定める種類の居宅サービスに限り、薬局にあつては居宅療養管理指導に限る。)に係る第四十一条第一項本文の指定があったものとみなす。ただし、当該病院等の開設者が、厚生労働省令で定めるところにより別段の申出をしたとき、又はその指定の時前に第七十七条第一項若しくは第百十五条の三十五第六項の規定により第四十一条第一項本文の指定を取り消されているときは、この限りでない。

2 前項の規定により指定居宅サービス事業者とみなされた者に係る第四十一条第一項本文の指定は、当該指定に係る病院等について、健康保険法第八十条の規定による保険医療機関又は保険薬局の指定の取消しがあったときは、その効力を失う。

※介護保険のサービスを提供する上での、事業の設備及び運営に関する基準については、事業者指導課ホームページにある自己点検シートを活用して、定期的に点検をお願いします。

[http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasidou/jigyousyasidou\\_00100.html](http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasidou/jigyousyasidou_00100.html)

## 1 主な関係法令

- ・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）
- ・岡山市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例  
（平成24年市条例第85号）
- ・岡山市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則  
（平成25年市規則第98号）
- ・岡山市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に関する基準等を定める条例  
（平成24年市条例第90号）
- ・岡山市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施  
行規則（平成25年市規則第103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  
準について（平成25年岡事指第1221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）
- ・通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成12年老企第54号）

※上記の法令・通知等は、次の文献、ホームページ等でご確認ください。

**文献：介護報酬の解釈** **1**単位数表編 平成27年4月版（発行：社会保険研究所）…青本  
**介護報酬の解釈** **2**指定基準編 平成27年4月版（発行：社会保険研究所）…赤本  
**介護報酬の解釈** **3**QA・法令編 平成27年4月版（発行：社会保険研究所）…緑本

ホームページ

- ・厚生労働省 法令等データベースシステム  
<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/>
- ・厚生労働省 介護サービス関係Q&A  
[http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index\\_qa.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index_qa.html)
- ・WAM.NET  
<http://www.wam.go.jp/>
- ・岡山市事業者指導課ホームページ  
[http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasidou/jigyousyasidou\\_00003.html](http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasidou/jigyousyasidou_00003.html)

## 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9月17日 老企第25号）

### 第2 総論（抜粋）

#### 2 用語の定義

##### (1) 「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務延時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。

##### (2) 「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービス提供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とする。なお、従事者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

##### (3) 「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

また、同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間数の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、一の事業者によって行われる指定訪問介護事業所と指定居宅介護支援事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

##### (4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間（指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、サービスの単位ごとの提供時間）をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。ただし、通所介護及び通所リハビリテーションについては、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一の職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをもって足りるものである。

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3月1日老企第36号）

第2 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項

### 1 通則（抜粋）

#### (1) 算定上における端数処理について

##### ① 単位数算定の際の端数処理

単位数の算定については、基本となる単位数に加減算の計算（何らかの割合を乗ずる計算に限る。）を行う度に、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行っていくこととする。つまり、絶えず整数値に割合を乗じていく計算になる。

##### ② 金額換算の際の端数処理

算定された単位数から金額に換算する際に生ずる1円未満（小数点以下）の端数については「切り捨て」とする。

#### (2) サービス種類相互の算定関係について

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若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。ただし、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の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費、訪問入浴介護費、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、通所介護費及び通所リハビリテーション費並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護費、夜間対応型訪問介護費、認知症対応型通所介護費、小規模多機能型居宅介護費及び複合型サービス費は算定しないものであること。

また、同一時間帯に通所サービスと訪問サービスを利用した場合は、訪問サービスの所定単位数は算定できない。例えば、利用者が通所サービスを受けている時間帯に本人不在の居宅を訪問して掃除等を行うことについては、訪問介護の生活援助として行う場合は、本人の安否確認・健康チェック等も合わせて行うべきものであることから、訪問介護（生活援助が中心の場合）の所定単位数は算定できない。（利用者不在時の訪問サービスの取扱いについては、当該時間帯に通所サービスを利用するかにかかわらず、同様である。）

なお、福祉用具貸与費については、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。

#### (3) 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について

介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の退所（退院）日又は短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院日）に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前に通所介護又は通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。

また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設若しくは経過的介護療養型医療施設の試行的

退所を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に居宅サービスは算定できない。

**(4) 同一時間帯に複数種類の訪問サービスを利用した場合の取扱いについて**

利用者は同一時間帯にひとつの訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、訪問介護と訪問看護、又は訪問介護と訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。例えば、家庭の浴槽で全身入浴の介助をする場合に、適切なアセスメント（利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。以下同じ。）を通じて、利用者の心身の状況や介護の内容から同一時間帯に訪問看護を利用することが必要であると判断され、30分以上1時間未満の訪問介護（身体介護中心の場合）と訪問看護（指定訪問看護ステーションの場合）を同一時間帯に利用した場合、訪問介護については388単位、訪問看護については814単位がそれぞれ算定されることとなる。

**(5) 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについて**

それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置づける。例えば、要介護高齢者夫婦のみの世帯に100分間訪問し、夫に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）、妻に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）を提供した場合、夫、妻それぞれ388単位ずつ算定される。ただし、生活援助については、要介護者間で適宜所要時間を振り分けることとする。

**(6) 訪問サービスの行われる利用者の居宅について**

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーションは、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条の定義上、要介護者の居宅において行われるものとされており、要介護者の居宅以外で行われるものは算定できない。例えば、訪問介護の通院・外出介助については、利用者の居宅から乗降場までの移動、バス等の公共交通機関への乗降、移送中の気分の確認、（場合により）院内の移動等の介助などは要介護者の居宅以外で行われるが、これは居宅において行われる目的地（病院等）に行くための準備を含む一連のサービス行為とみなし得るためである。居宅以外において行われるバス等の公共交通機関への乗降、院内の移動等の介助などのサービス行為だけをもってして訪問介護として算定することはできない。

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3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）

## 第2 指定介護予防サービス単位数表に関する事項

### 1 通則（抜粋）

(1) 算定上における端数処理について（省略）

(2) サービス種類相互の算定関係について

介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護費を受けている間については、その他の指定介護予防サービス費又は地域密着型介護予防サービス費（介護予防居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。ただし、指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に必要がある場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者に対してその他の介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている間については、介護予防訪問介護費、介護予防訪問入浴介護費、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防通所介護費及び介護予防通所リハビリテーション費並びに介護予防認知症対応型通所介護費及び介護予防小規模多機能型居宅介護費は算定しないものであること。

なお、介護予防福祉用具貸与費については、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている者についても算定が可能であること。

(3) 退所日等における介護予防サービス費の算定について

介護予防短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、介護予防訪問看護費、介護予防訪問リハビリテーション費、介護予防居宅療養管理指導費及び介護予防通所リハビリテーション費は算定できない。介護予防訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、介護予防短期入所サービスにおいても機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院日）に介護予防通所介護を機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正でない。なお、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する介護予防訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前に介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった介護予防サービス計画は適正でない。

(4) 同一時間帯に複数種類の介護予防訪問サービスを利用した場合の取扱いについて

利用者は同一時間帯にひとつの介護予防訪問サービスを利用することを原則とする。ただし、介護予防訪問介護と介護予防訪問看護、又は介護予防訪問介護と介護予防訪問リハビリテーションを、同一利用者が同一時間帯に利用する場合は、利用者の心身の状況や介護の内容に応じて、同一時間帯に利用することが介護のために必要であると認められる場合に限り、それぞれのサービスについてそれぞれの所定単位数が算定される。

(5) 介護予防訪問サービスの行われる利用者の居宅について

介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーションは、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条の2の定義上、要支援者の居宅において行われるものとされており、要支援者の居宅以外で行われるものは算定できない。



## 2 実施に当たっての留意事項について

※国関係の法令や通知は、下記の厚生労働省のホームページに掲載されていますので、参照してください。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080101.html>

※以下で、基準省令とは、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第37号）、条例とは、「岡山市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」をいう。

### 第1 基本方針

#### 訪問看護(基準省令第59条)→(条例第65条)

指定居宅サービスに該当する訪問看護(以下「指定訪問看護」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

#### 訪問リハビリテーション(基準省令第75条)→(条例第82条)

指定居宅サービスに該当する訪問リハビリテーション(以下「指定訪問リハビリテーション」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。

#### 居宅療養管理指導(基準省令第84条)→(条例第92条)

指定居宅サービスに該当する居宅療養管理指導(以下「指定居宅療養管理指導」という。)の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員(歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を除いた保健師、看護師又は准看護師をいう。以下この章において同じ。)、歯科衛生士(歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師及び准看護師を含む。以下この章において同じ。)又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。

・27年度の改正で、訪問看護と訪問リハビリテーションの基本方針に「生活機能の維持又は向上」が追加されている

## 第2 人員に関する基準

### 訪問看護(基準省令第60条)→(条例第66条)

指定訪問看護の事業を行う者(以下「指定訪問看護事業者」という。)が当該事業を行う事業所(以下「指定訪問看護事業所」という。)ごとに置くべき看護師その他の指定訪問看護の提供に当たる従業者(以下「看護師等」という。)の員数は、次に掲げる指定訪問看護事業所の種類の区分に応じて、次のとおりとする。

(2) 病院又は診療所である指定訪問看護事業所(以下「指定訪問看護を担当する医療機関」という。)指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数置くべきものとする。

### 訪問リハビリテーション(基準省令第76条)→(条例第83条)

指定訪問リハビリテーションの事業を行う者(以下「指定訪問リハビリテーション事業者」という。)は、当該事業を行う事業所(以下「指定訪問リハビリテーション事業所」という。)ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を置かなければならない。

### 居宅療養管理指導(基準省令第85条)→(条例第93条)

指定居宅療養管理指導の事業を行う者(以下「指定居宅療養管理指導事業者」という。)が当該事業を行う事業所(以下「指定居宅療養管理指導事業所」という。)ごとに置くべき従業者(以下この章において「居宅療養管理指導従業者」とする。)の員数は、次に掲げる指定居宅療養管理指導事業所の種類の区分に応じ、次のとおりとする。

(1) 病院又は診療所である指定居宅療養管理指導事業所

ア 医師又は歯科医師

イ 薬剤師、看護職員、歯科衛生士又は管理栄養士 その提供する指定居宅療養管理指導の内容に応じた適当数

(2) 薬局である指定居宅療養管理指導事業所 薬剤師

(3) 指定訪問看護ステーション等(指定訪問看護ステーション及び指定介護予防訪問看護ステーション(指定介護予防サービス等基準条例第65条第1項にいう指定介護予防訪問看護ステーションをいう。)をいう。以下この章において同じ。)である指定居宅療養管理指導事業所  
看護職員

### 第3 設備に関する基準

#### 訪問看護(基準省令第62条第2項)→(条例第68条第2項)

指定訪問看護を担当する医療機関は、事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら指定訪問看護の事業の用に供する区画を確保するとともに、指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

#### 訪問リハビリテーション(基準省令第77条)→(条例第84条)

指定訪問リハビリテーション事業所は、病院、診療所又は介護老人保健施設であって、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

#### 居宅療養管理指導(基準省令第86条)→(条例第94条)

指定居宅療養管理指導事業所は、病院、診療所、薬局又は指定訪問看護ステーション等であって、指定居宅療養管理指導の事業の運営に必要な広さを有するほか、指定居宅療養管理指導の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

### 第4 運営に関する基準

- 1 内容及び手続の説明及び同意 (基準省令第8条(準用))→(条例第8条(準用))
  - ×「重要事項説明書」と「運営規程」の記載(営業時間、通常の事業の実施地域など)が相違している。
  - ×重要事項の説明を行っていない。
  - ×重要事項を説明した日付が不明確。

(ポイント)

- ・「重要事項説明書」は、利用申込者が事業所を選択するために重要な事項を説明するためのものであるため、まずは当該説明書を交付し、重要事項の説明を行うこと。  
その後、利用申込者等がサービス提供を希望する場合に同意を文書により得ること。

#### 【参考】介護保険法第2条第3項

(保険給付は)被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

- ・苦情相談窓口については、事業所の担当者名と連絡先に加えて、

「岡山県国民健康保険団体連合会 086-223-8811」

「岡山市事業者指導課 086-212-1012」

及び岡山市以外の市町村が「通常の事業の実施地域」となっている場合は、当該市町村介護保険担当課の連絡先を記載すること。

※重要事項説明書中の事業の目的の内容が、運営規程の目的そのままになっていないか確認しておくこと。

(運営規程の事業目的)

「〇〇法人が・・・行う指定（サービス名）の適正な運営を確保するために…事項を定め、」

※重要事項説明書の内容も制度の変更があれば、内容を見直すこと。

※後日内容が確認できるように交付した重要事項説明書の控えを取っておくなど、対応しておくことが望ましい。

## 2 受給資格等の確認

×被保険者証の原本によって受給資格の確認をすることなくサービス提供を行っている。

(ポイント)

- ・利用に係る費用につき保険給付を受けることができるのは、要介護認定を受けている被保険者に限られることから、サービス提供の開始に際し被保険者証により次の内容を確認すること。
  - ① 被保険者資格
  - ② 要介護認定の有無
  - ③ 要介護認定の有効期間
- ・被保険者証に、指定居宅サービスの適切かつ有効な利用等に関し、当該被保険者が留意すべき事項に係る認定審査会意見が記載されている場合は、これに配慮してサービスを提供することに努めること。

※給付制限の有無、介護認定審査会の意見の欄も確認しておくこと。

※介護保険負担割合証の負担割合変更に注意。※特に更新時期（7月）

## 3 サービスの提供の記録（基準省令第19条（準用））→（条例第19条（準用））

(ポイント)

- ・事業者には、サービス内容や報酬請求が適正であることを岡山市並びに保険者に対し証明する責任があることから、適正なサービスを挙証する資料として、提供したサービスの具体的な内容の記録が重要となる。

・記録すべき項目として、サービスの提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項が挙げられており、この他に、報酬の算定要件に関わる記録が加わります。

## 4 指定訪問リハビリテーションの具体的取扱方針（基準省令第80条）→（条例第87条）

(ポイント)

### リハビリテーション会議について

- ・指定訪問リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努めること。

・リハビリテーション会議の構成員は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。

指定訪問リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を当該構成員と共有するよう努めること。

なお、リハビリテーション会議は、利用者及びその家族の参加を基本とするものであるが、家庭内暴力等によりその参加が望ましくない場合や、家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加できない場合は、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由等により、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

※ 会議は、リハビリテーション事業者が主体となって開催すること。

## 5 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成（基準省令第70条）→(条例第75条)

×訪問看護計画書や訪問看護報告書を准看護師が作成している。

(ポイント)

- ・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。**
- ・**訪問看護計画書及び報告書の作成は、准看護師は行えないので注意すること。**

※条例第75条に規定する訪問看護報告書は、訪問の都度記載する記録（訪問看護記録書）ではなく、主治医に定期的に提出するものをいう。

## 6 訪問リハビリテーション計画の作成（基準省令第81条）→(条例第88条)

×計画の利用者への説明、同意、交付のいずれかが欠けている。

×リハビリ実施事業所外に主治医がいる場合、主治医若しくは事業所の医師の診察を欠いたままリハビリを提供している。

(ポイント)

- ・訪問リハビリテーション計画は、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。

・訪問リハビリテーション計画は、医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境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。**

・事業者が指定通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する**情報を構成員と共有し**、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた訪問リハビリテーション計画を作成した場合には、第143条第1項から第4項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、**前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。**（＝一体で作成したものと）

**※構成員が1人だけの場合は、共有とは言えない。**

・当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目標及び具体的な提供内容等を1つの計画として分かりやすく記載するよう留意すること。

・通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には条例第143条第5項に規定する診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。

参考 （通所リハビリテーション計画の作成）

第143条 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者（以下「医師等の従業者」という。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。

2 通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。

3 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該通所リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。

## 7 運営規程

### **独自基準**

×運営規程と重要事項説明書の内容が一致していない。

（重要事項説明書は、運営規程の概要等を基に作成されるもの）

（ポイント）

・岡山市の条例制定に伴い、運営規程に定めるべき項目が追加されている。  
下線のある項目が岡山市条例により追加されている部分。

**訪問看護** (基準省令第73条)→(条例第79条)

- (1) 事業の目的及び運営の方針
- (2) 従業者の職種、員数及び職務の内容
- (3) 営業日及び営業時間
- (4) 指定訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額
- (5) 通常の実業の実施地域
- (6) 緊急時、事故発生時等における対応方法
- (7) 虐待防止のための措置に関する事項
- (8) 成年後見制度の活用支援
- (9) 苦情解決体制の整備
- (10) その他運営に関する重要事項

**訪問リハビリテーション** (基準省令第82条)→(条例第89条)

- (1) 事業の目的及び運営の方針
- (2) 従業者の職種、員数及び職務の内容
- (3) 営業日及び営業時間
- (4) 指定訪問リハビリテーションの利用料その他の費用の額
- (5) 通常の実業の実施地域
- (6) 事故発生時等における対応方法
- (7) 虐待防止のための措置に関する事項
- (8) 成年後見制度の活用支援
- (9) 苦情解決体制の整備
- (10) その他運営に関する重要事項

**居宅療養管理指導** (基準省令第90条)→(条例第98条)

- (1) 事業の目的及び運営の方針
- (2) 従業者の職種、員数及び職務の内容
- (3) 営業日及び営業時間
- (4) 指定居宅療養管理指導の種類及び利用料その他の費用の額
- (5) 事故発生時等における対応方法
- (6) 虐待防止のための措置に関する事項
- (7) 成年後見制度の活用支援
- (8) 苦情解決体制の整備
- (9) その他運営に関する重要事項

事業所で運営規程の内容をよく点検し、整備しておくこと。

岡山市の独自基準の内容が含まれているか、それに沿った事業運営が行えているかを確認しておくこと。(運営規程の作成例を本資料に載せています。参考にしてください。)

## 9 秘密保持等（基準省令第33条（準用））→（条例第35条（準用））

×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、事業者と従業者間の雇用契約、就業規則、労働条件通知書、誓約書等で取り決めが行われていない。

×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られていない。

×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。

（ポイント）

- ・利用者の家族の個人情報を使用する可能性もあるため、利用者だけでなく家族について署名できる様式にしておくこと。

・「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を踏まえ、適切な取り扱いを行ってください。

掲載先：厚労省HP内

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

・たとえ同一のグループであっても、法人を越えて人事異動を行った場合は、改めて取り決めを行う必要があります。

## 10 苦情処理（基準省令第36条（準用））→（条例第38条（準用））

×苦情処理に関する記録様式（処理簿・台帳等）が作成されていない。

×苦情処理の内容が記録様式に記録されていない。

×苦情の内容の記録のみで、「その後の経過」、「原因の分析」、「再発防止のための取組み」などが記録されていない。「再発防止のための取組み」が行われていない。

（ポイント）

- ・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り組みを行うこと。

## 11 事故発生時の対応（基準省令第37条（準用））→（条例第40条（準用））

×事業所として「再発防止のための取組み」が行われていない。

×岡山市（事業者指導課）へ報告していない。

（ポイント）

- ・事故の状況等によっては、岡山市（事業者指導課）へ報告を行うこと。
- ・岡山市へ報告する事故は、以下のとおり。 岡山市介護保険事故報告事務取扱要綱より  
（ [http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasidou/jigyousyasidou\\_00011.html](http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasidou/jigyousyasidou_00011.html) ）

(1) 次に掲げるサービス提供中の利用者に係る事故

ア 死亡事故 事故による死亡及び自殺。病気による死亡等は報告の対象外とする。  
ただし、死因等に疑義が生じる可能性があるとき等、トラブルになるおそれのある場合は報告の対象とする。

イ 負傷事故、誤嚥事故及び異食事故 通院入院を問わず医師の診察を受けた事故。（施設サービスの場合は、配置医師（嘱託医師）の診察を含み、診療報酬の発生の有無を



問わない。)

ウ 誤薬事故 違う薬の与薬、時間又は量の誤り及び与薬もれ等の事故。施設内又は外部の医療機関の医師の判断に基づく指示を受けた場合は、その内容を併せて報告するものとする。

エ 失踪事故 利用者の所在が不明となり、事業所、施設等の敷地内を探したが見つからない事故（警察への通報の有無を問わない）。事業所、施設等の敷地内で捜索開始後すぐに見つかった場合は報告の対象外とする。

オ 交通事故 送迎中、通院介助中若しくは外出介助中の車両に利用者が乗車していたときの事故又は利用者が屋外で車両等と接触した事故。

(注) 「サービス提供中」とは、送迎、通院、外出介護を含むサービスを提供している時間すべてをいう。

(2) 施設、事業所における感染防止の観点から対策が必要な疾患であって、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に対する法律（平成10年法律第114号）第6条に定める感染症、食中毒又は疥癬の発生が認められた事故。

(3) 介護サービスに関わる従業者等の不祥事（利用者の保有する金品の横領・窃盗・損壊・焼失、個人情報紛失・流出等をいう）、高齢者の虐待若しくはそれが疑われる事例、外部者の犯罪、火災・震災・風水害等の災害等が発生した場合で、利用者の処遇に影響のある事故。

(4) その他利用者又は家族から苦情が出ている場合等所管課が報告する必要があると認める事故。

※(4) の場合については、所管課（事業者指導課）から報告を求めることがある。

## 12 記録の整備 独自基準

(ポイント)

- ・利用者に対するサービス提供に関する次に掲げる記録を整備し、**その完結の日から5年間保存しなければならない。**
- ・保存する記録の種類を追加する。（下線部の記録）

※この考え方は、介護保険法に基づく記録について適用され、他の法律等により保存の規定が設けられているものは、その規定に従うこととなる。

訪問看護 （基準省令第73条の2）→（条例第80条）

- (1) 訪問看護計画書
- (2) 訪問看護報告書
- (3) 第74条第2項に規定する主治の医師による指示の文書（訪問看護指示書）
- (4) 第19条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
- (5) 第27条に規定する市町村への通知の記録
- (6) **第32条第1項に規定する勤務の体制等の記録**  
**（勤務の予定及び実績双方の記録）**
- (7) 第38条第2項に規定する苦情の内容等の記録
- (8) 第40条第2項に規定する事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録
- (9) **法第40条に規定する介護給付（予防給付）及び市条例第71条第1項から第3項**  
**までに規定する利用料等に関する請求及び受領等の記録**

**訪問リハビリテーション**

(基準省令第82条の2)→(条例第90条)

- (1) 訪問リハビリテーション計画
- (2) 第19条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
- (3) 第27条に規定する市町村への通知の記録
- (4) 第32条第1項に規定する勤務の体制等の記録**
- (5) 第38条第2項に規定する苦情の内容等の記録
- (6) 第40条第2項に規定する事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録
- (7) 法第40条に規定する介護給付(予防給付)及び市条例第85条第1項から第3項までに規定する利用料等に関する請求及び受領等の記録**

**居宅療養管理指導**

(基準省令第90条の2)→(条例第99条)

- (1) 第19条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
- (2) 第27条に規定する市町村への通知の記録
- (3) 第32条第1項に規定する勤務の体制等の記録**
- (4) 第38条第2項に規定する苦情の内容等の記録
- (5) 第40条第2項に規定する事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録
- (6) 法第40条に規定する介護給付(予防給付)及び市条例第95条第1項から第3項までに規定する利用料等に関する請求及び受領等の記録**

### 3 介護報酬の算定上の留意事項について

#### 第1 訪問看護

##### 1 介護保険と医療保険

(ポイント)

・介護保険の被保険者であって、要介護（支援）認定を受けている者については、原則として介護保険から給付が行われるが、

①末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者

（留意事項通知・青本P208）

②利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示

（訪問看護ステーションにおいては特別指示書の交付）があった場合は、交付の日から14日間を限度として（留意事項通知・青本P220）

また、

③認知症を除く精神疾患（平成26年度診療報酬改定による）についても

医療保険の給付対象となるものであり、（介護保険の）訪問看護費は算定しない。

・医療保険側の規定により、介護保険対応となるものがあるので、よく確認をしておくこと。

・介護保険の区分支給限度基準額を超える場合であっても、本人の希望等の理由により医療保険で請求することはできない。

※厚生労働大臣が定める疾病は、特定疾患治療研究事業の対象疾患の一部だけなので、よく確認すること。

→特定医療受給者証の有無と訪問看護が医療保険になるかどうかは直接の関係はない。

##### 2 20分未満の訪問看護

(ポイント)

・20分未満の訪問看護は、短時間かつ頻回な医療処置等が必要な利用者に対し、日中等の訪問看護における十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提として行われるものである。

・したがって、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け出をしている場合に算定可能である。

### 3 短時間に複数の訪問を行う場合の取扱い

(ポイント)

- ・ 前回提供した訪問看護から概ね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ものとする。
- ・ 1人の看護職員又は理学療法士等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等が訪問看護を実施した場合（看護職員が訪問看護を行った後に続いて別の理学療法士等が訪問看護を行う場合など）は職種ごとに算定できる。  
但し、その必要性について適切なケアマネジメントを経ていること。

### 4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携

(ポイント)

- ・ 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け出をしている場合に算定可能である。
- ・ 月額定額報酬であるが、月の途中から訪問看護を利用した場合、又は月の途中で利用を終了した場合は日割り計算を行う。
- ・ 月の途中に短期入所生活（療養）介護を利用している場合は、その期間について日割り計算により算定する。
- ・ 月の途中で、末期の悪性腫瘍又は厚生労働大臣が定める疾病等の状態となった場合は、その状態にある期間について日割り計算により算定する。
- ・ その他日割り請求の適用については、「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用」（平成27年3月31日 老健局介護保険計画課・振興課・老人保健課 事務連絡）を参照。

### 5 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サービスを行う場合

(ポイント)

所定単位数に90/100を乗じた単位数

- ・ 「事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」若しくは「事業所と同一建物」に居住する利用者 又は「事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上」の場合は減算対象となる。
- ① 「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」とは、当該指定訪問看護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）及び同一敷地内並びに隣接する敷地にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指す。
  - ② 「同一の建物に20人以上居住する建物」とは、①に該当するもの以外の有料老人ホーム等を指す。

## 6 早朝・夜間・深夜の訪問看護の取扱い

(ポイント) 所定単位数に夜間又は早朝 25 / 100 加算、深夜 50 / 100 加算

- ・夜間＝午後 6 時から午後 10 時まで
- ・早朝＝午前 6 時から午前 8 時まで
- ・深夜＝午後 10 時から午前 6 時まで

※ 居宅サービス計画又は訪問看護計画上、訪問看護のサービスの開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に当該加算を算定するものとする。なお、利用時間が長時間にわたる場合に、加算の対象となる時間帯におけるサービス提供時間が全体のサービス提供時間に占める割合がごくわずかな場合においては、当該加算は算定できない。

## 7 2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合の加算について

× 提供理由についての記録がない。

(ポイント)

- ・同時に複数の看護師等により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、次のいずれかに該当する場合に算定する。
  - ①利用者の身体的理由により 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。
  - ②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。
  - ③その他利用者の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合。
- ・単に 2 人の看護師等が同時に訪問看護を行ったことのみをもって算定することはできない。2人で同時に訪問看護を行う理由を明らかにしておくこと。

## 8 長時間訪問看護への加算について

(ポイント)

- ・1 時間以上 1 時間 30 分未満の指定訪問看護を行った後に、引き続き指定訪問看護を行う場合であって、当該指定訪問看護の所要時間を通算した時間が 1 時間 30 分以上となる場合に算定する。

## 9 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

(ポイント)

所定単位数に 5 / 100 加算

- ・別に厚生労働大臣が定める地域（平成 21 年厚生労働省告示第 83 号の二）に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定訪問看護を行った場合に、1 回につき 100 分の 5 に相当する単位数を加算する。
- ・この加算を算定する利用者については、交通費の支払いを受けることはできない。

## 10 緊急時訪問看護加算

(ポイント)

290単位/月

- ・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事業所において、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に算定する。
- ・当該月において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については、当該緊急時訪問の所要時間に応じた所定単位数を算定する。この場合、居宅サービス計画の変更を要する。
- ・後述の看護体制強化加算の算定の要件に関わっており、緊急時訪問看護加算を算定している利用者数の月毎の把握を求められる。

## 11 特別管理加算

(ポイント)

特別管理加算（Ⅰ）500単位/月

特別管理加算（Ⅱ）250単位/月

- ・医科診療報酬点数表に掲げる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（Ⅰ）500単位
- ・特別管理加算は、単に留置カテーテルを挿入されているだけでは算定できない。計画的な管理を行っていることが必要。  
(緑本P57 Q22)
- ・特別管理加算の対象となりうる状態の利用者に限り、介護老人保健施設や指定介護療養型医療施設を退所・退院した日においても、訪問看護費を算定できる。  
(青本P227、緑本P40)
- ・特別管理加算は、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するものとする。なお、当該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複合型サービスを利用した場合の当該各サービスにおける特別管理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特別管理加算は算定できない。
- ・特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、2か所以上の事業所から訪問看護を利用する場合については、その分配は事業所相互の合議に委ねられる。
- ・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  
真皮を越える褥瘡の状態  
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  
→ 特別管理加算（Ⅱ）250単位

- ・「真皮を超える褥瘡の状態」とは、NPUAP（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）分類Ⅲ度若しくはⅣ度又はDESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4若しくはD5に該当する状態をいう。
- ・「真皮を超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には、定期的（一週間に一回以上）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（利用者の家族等に行う指導を含む）について訪問看護記録書に記録すること。
- ・「点滴注射を週三日以上行う必要があると認められる状態」とは、主治の医師が点滴注射を週三日以上行うことが必要である旨の指示を訪問看護事業所に対して行った場合であって、かつ、当該事業所の看護職員が週三日以上点滴注射を実施している状態をいう。
- ・上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、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該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。
- ・後述の看護体制強化加算の算定の要件に関わっており、特別管理加算を算定している利用者数の月毎の把握を求められる。

## 12 ターミナルケア加算

× 加算の算定要件となる記録を欠いている。

（ポイント）

2,000単位/月

- ・死亡日又は死亡日前14日以内に2日以上（死亡日又は死亡日前14日以内に医療保険による訪問看護を行っている場合にあつては1日以上）、ターミナルケアを行った場合に算定する。（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅で死亡した場合を含む。）
- ・死亡日又は死亡日前14日以内に、医療保険又は介護保険の給付の対象となる訪問看護を、それぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度において算定する。
- ・後述の看護体制強化加算の算定の要件に関わっており、ターミナルケア加算を算定した最終月の把握を求められる。

### 13 初回加算

X 過去2月間において、医療保険の訪問看護を受けている。

(ポイント)

300単位/月

- ・利用者が過去2月間において、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訪問看護計画書を作成した場合に、算定する。

(平成21年訪問介護Q&A (Vol.1) 問33) 下線部読み替え

※ 初回加算は過去二月に当該指定訪問看護事業所から指定訪問看護の提供を受けていない場合に算定されるが、この場合の「二月」とは歴月（月の初日から月の末日まで）によるものとする。

したがって、例えば、4月15日に利用者に指定訪問看護を行った場合、初回加算が算定できるのは、同年の2月1日以降に当該事業所から指定訪問看護の提供を受けていない場合となる。また、次の点に留意すること。

- ① 初回加算は同一月内で複数の事業所が算定することも可能であること。
- ② 一体的に運営している指定介護予防訪問看護事業所の利用実績は問わないこと。  
(介護予防訪問看護費の算定時においても同様である。)

### 14 看護・介護職員連携強化加算

(ポイント)

250単位/月

- ・看護・介護職員連携強化加算は、訪問看護事業所の看護職員が、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と同行し、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算定する。
- ・看護・介護職員連携強化加算は、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算定する。
- ・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け出をしている場合に算定可能である。



## 15 看護体制強化加算

※体制届による届け出が必要。

(ポイント)

300単位/月

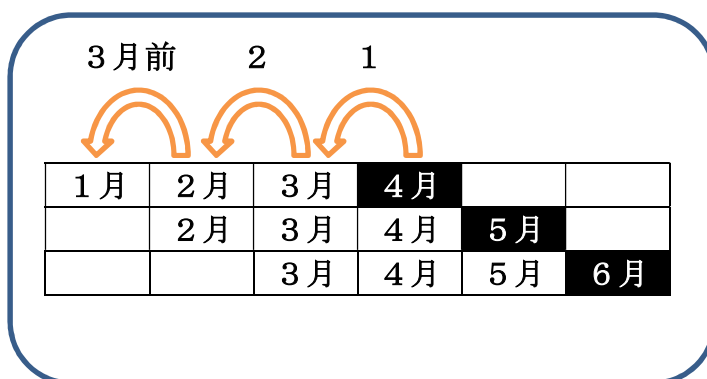
下記の基準のいずれにも適合すること

- ・算定日が属する月の前3月において、緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数を事業所における利用者の総数で除した割合が100分の50以上であること。
- ・算定日が属する月の前3月において、特別管理加算を算定した実利用者数を事業所における利用者の総数で除した割合が100分の30以上であること。

(実利用者数を数える際、前3月において事業所が提供する訪問看護を2回以上利用した者又は事業所で当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数えるため、現に事業所を利用していない者が含まれる場合があるので注意すること。)

- ・算定日が属する月の前12月において、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名以上であること(居宅サービスのみ)。
- ・加算を算定するに当たっては、事業所の看護師等が、加算の内容について利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ること。
- ・加算は毎月その基準を満たしているか確認し、割合及び人数を記録する。基準を下回った場合は、直ちに加算の取り下げを行う必要がある。

「属する月の前3月」



## 16 サービス提供体制強化加算

(ポイント)

次のいずれにも該当すること

- ① すべ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。
- ② 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（※）の伝達又は当該指定訪問看護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概ね1月に1回以上開催し、その概要を記録すること。

※利用者に関する情報若しくはサービス提供時に当たっての留意事項

- ・利用者のADLや意欲
- ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望
- ・家族を含む環境
- ・前回のサービス提供時の状況
- ・その他サービス提供に当たって必要な事項

- ③ 当該指定訪問看護事業所のすべての看護師等に対し、健康診断等を少なくとも1年に1回、事業主負担で実施すること。新たに加算を算定しようとする場合にあっては、当該健康診断等が1年以内に実施されることが計画されていることをもって足りるものとする。
- ④ 当該指定訪問看護事業所の看護師等の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

- ・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（3月を除く）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。
- ・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ものとする。

※ 当該加算を算定している事業所においては、職員の割合について、前年4月から2月までの平均を計算し、計算結果が加算の要件を満たさなくなった場合等については、

すみやかに、「体制の変更」を届け出ること。

## 第2 訪問リハビリテーション

### 1 算定の基準について

- × 医師の診察に基づいた指示を欠いた状態でリハビリテーションを実施している。

(ポイント)

- ・訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている医師の指示の下、実施すること。訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。また、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（リハビリテーションの指示等）を受けて、訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。
- ・この場合、少なくとも3月に1回は、訪問リハビリテーション事業所は当該情報提供を行った医師に対して訪問リハビリテーション計画について医師による情報提供を行う。
- ・利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。
- ・訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できるものである。
- ・訪問リハビリテーション事業者の側も、サービス担当者会議の検討内容等、サービス提供が必要と判断される根拠を適切に記録しておくこと。ケアマネ提供の会議録は網羅的なものであり、訪問リハビリテーション事業所の提供内容に絞って作成されるものではないため、訪問リハビリテーションに関する内容は自らが記録しておくこと。その内容は、自らに関係ある部分が記録されていれば足りるものである。
- ・「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである。

・「1回」という表現が誤解を招きやすい面があるので、利用者に対しよく説明を行い、理解を得ること。

### 2 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行う場合

(ポイント)

所定単位数に90/100を乗じた単位数

- ・「事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」若しくは「事業所と同一建物」に居住する利用者 又は「事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上」の場合は減算対象となる。
- ・上記の「建物」とは、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を指す。

- ・ 上記以外の範囲に所在する建物（建物の定義は同上）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）は、減算の対象となる。

- ・ 事業所と、建物を運営する法人が異なる場合にも適用される。
- ・ 「20人以上」かどうかについては、算定月の実績で判断する。

### 3 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

(ポイント) 所定単位数に5/100加算

- ・ 別に厚生労働大臣が定める地域（平成21年厚生労働省告示第83号の二）に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定訪問リハビリテーションを行った場合に、1回につき100分の5に相当する単位数を加算する。

- ・ この加算を算定する利用者については、交通費の支払いを受けることはできない。

### 4 短期集中リハビリテーション実施加算

※体制届による届け出が必要。

(ポイント) 200単位/日

- ・ 訪問リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算(I)又は(II)を算定していること。

- ・ 利用者の状態に応じて、基本的動作能力(※1)及び応用的動作能力(※2)を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを実施するものであること。
- ・ 退院(所)日又は認定日から起算して、3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分以上の訪問リハビリテーションを行う必要があること。
- ・ 本加算はリハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、リハビリテーションマネジメント加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。

※1 起居、歩行、発話等を行う能力をいう。

※2 運搬、トイレ、掃除、洗濯、コミュニケーション等を行うに当たり基本的動作を組み合わせる能力をいう。

※「退院(所)日」とは、「利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日」のこと。

※「認定日」とは、「介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日(当該利用者が新たに要介護認定を受けた者である場合に限る。)」のこと。

→ つまり、要介護認定の有効期間初日のこと。

※介護予防の「認定日」とは、「介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定の効力が生じた日(当該利用者が新たに要支援認定を受けた者である場合に限る。)」のこと。→ つまり、要支援認定の有効期間初日のこと。

## 5 介護予防短期集中リハビリテーション実施加算

※体制届による届け出が必要。

(ポイント)

200単位/日

- ・退院(所)日又は要支援認定日から起算して、1月以内の期間に行われた場合は1週につきおおむね2日以上、1日当たり40分以上、退院(所)日又は認定日から起算して、1月を超え3月以内の期間に行われた場合は1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分以上実施する場合をいう。

※「退院(所)日」とは、「利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院又は入所した病院若しくは診療所又は介護老人保険施設から退院又は退所した日」のこと。

※介護予防の「認定日」とは、「介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定の効力が生じた日(当該利用者が新たに要支援認定を受けた者である場合に限る。)」のこと。→ つまり、要支援認定の有効期間初日のこと。

- ・要支援認定は、利用者が**新たに**要支援認定を受けたものである場合に限る(区分変更、更新は対象外)。

## 6 介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者に対して指導及び助言を行った場合の加算

(ポイント)

- ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の身体の状態、家屋の状態、家屋内におけるADL等の評価を共同して行い、かつ、当該理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がサービス提供責任者に対して、介護予防訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合に、3月に1回を限度として算定する。

- ・指導及び助言を行った日を含む月の翌月から翌々月までは、当該加算は算定できない。  
なお、当該加算を算定する日は、算定できる介護予防訪問リハビリテーション費は1回までとする。

- ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、指導及び助言の内容を診療録に記載しておくこと。

- ・居宅サービスにはこの加算はありません。

## 7 リハビリテーションマネジメント加算

※体制届による届け出が必要。

(ポイント)

リハビリテーションマネジメント加算 (I) 60単位/月

- ・次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (1) 訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- (2) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。

リハビリテーションマネジメント加算 (II) 150単位/月

- ・次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (1) リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- (2) 訪問リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
- (3) 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直していること。
- (4) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- (5) 下記のいずれかに適合すること。
  - ① 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
  - ② 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
- (6) (1)から(5)までに適合することを確認し、記録すること。

この加算については、国発出の通知である

「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」 青本P1189-1208  
を十分参照のこと。

- ・介護予防にはこの加算はありません。

## 8 頻回のリハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合の取扱い

(ポイント)

- ・介護保険の被保険者であって、要介護（支援）認定を受けている者については、原則として介護保険から給付が行われるが、

保険医療機関の医師が、診療に基づき、利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものに対して、訪問リハビリテーションを行う旨の指示を行った場合は、その特別の指示の日から14日間を限度として

医療保険の給付対象となるため、（介護保険の）訪問リハビリテーション費は算定しない。（留意事項通知・青本P232）

## 9 社会参加支援加算

※体制届による届け出が必要。

17単位/日（評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内）

(ポイント)

- ・指定訪問リハビリテーション事業所において、社会参加支援加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間の次の年度内に限り加算
- ・次のいずれにも適合すること。
  - (1) 評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護、第一号通所事業その他社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が、100分の5を超えていること。
  - (2) 評価対象期間中に指定訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション終了者に対して、その居宅を訪問すること又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けることにより、訪問リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- ・12を指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25以上であること。

〈評価対象期間〉とは

社会参加支援加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間（基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間）を指す。

- ・社会参加支援加算におけるリハビリテーションは、訪問リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成したうえで、利用者のADL及びIADLを向上させ、指定通所介護等に移行させるものであること。

- ・ 「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等は含まれず、算定対象とならないこと。
- ・ 「3月以上継続する見込みであること」の確認に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション終了者の居宅を訪問し、訪問リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADL及びIADLが維持又は改善していることを確認すること。  
 なお、利用者の居宅への訪問が困難である場合、当該利用者の介護支援専門員に対して、居宅サービス計画の提供を依頼し、社会参加等に資する取組の実施状況を確認するとともに、電話等を用いて、上記と同様の内容を確認すること。
- ・ 「3月以上継続する見込みであること」の確認に当たって得られた情報については、訪問リハビリテーション計画等に記録すること。

「指定通所介護等を実施した者の占める割合」、「12を指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数」、「平均利用月数」の計算については、報酬告示第2の5（8）を参照のこと。 青本P233

- ・ 4月算定の場合は、3月15日までに体制届を提出すること。

## 10 サービス提供体制強化加算

(ポイント)

- ・ 指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数3年以上の者が1名以上いれば算定可能。
- ・ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、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ものとする。

- ・ 同一法人の場合は勤務年数の通算ができますが、法人を越えての異動については通算できません（同一グループでも別法人は通算×）

## 11 記録の整備について

(ポイント)

- ・ 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入する。
- ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画書に基づき提供した具体的なサービスの内容等及び指導に要した時間を記録にとどめておく。なお、



当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。

- ・リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等）は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従業者により閲覧が可能であるようにすること。

### 第3 居宅療養管理指導

#### 1 同一建物居住者について

(ポイント)

- ・同一建物居住者とは、以下の利用者をいう。
  - ア 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の利用者
  - イ 小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る。）、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス（宿泊サービスに限る。）、介護予防小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る。）、介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者

(H24.4.25付Q&A問5)

問 同一日に、同一の集合住宅等に居住する2人の利用者に対し、居宅療養管理指導事業所の医師が訪問し、居宅療養管理指導を行う際に、1人が要介護者で、もう1人が要支援者である場合。

答 要介護者は同一建物居住者に係る居宅療養管理指導費を、要支援者は同一建物居住者に係る介護予防居宅療養管理指導費を算定する。

#### 2 居宅療養管理指導に要した交通費について

(ポイント)

- ・居宅療養管理指導に要した交通費は、実費を利用者から徴収してもよいものとする。
- ・交通費の支払いを受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に説明を行い、利用者の同意を得なければならない（基準条例第95条第4項）。

#### 3 介護支援専門員への情報提供

- × 介護支援専門員（ケアマネジャー）に対する情報提供が、文書等によって行われていない。
- × 指導又は助言を行った内容の記録が行われていない。

(ポイント)

- ・医師、歯科医師、薬剤師又は看護職員による居宅療養管理指導については、ケアマネジャー（介護支援専門員）への情報提供が必須となった。
- ・特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、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又は看護小規模多機能型居宅介護の利用者については、その事業所の介護支援専門員へ情報提供を行うこと。
- ・従前は減算であったが、平成24年4月1日以降は、ケアマネジャーへの情報提供がない場合は算定できない。
- ・月に複数回の居宅療養管理指導を行う場合であっても、毎回情報提供を行わなければ算定できない。
- ・医学的観点から、利用者の状態に変化がなければ、変化がないことを情報提供すること

や、利用者や家族に対して往診時に行った指導・助言の内容を情報提供することにより。

(H24. 3. 16付Q&A問5 4)

居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供を目的としていることを踏まえ、適切に情報提供を行うこと。

※被保険者証の原本を確認するなどして、担当のケアマネジャーが存在するかどうかを把握したうえで実施すること。また、存在しない場合も、漫然とサービス提供を行うことなく、適宜現況の把握に努めること。

#### 4 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について

(ポイント)

##### ① 算定内容

主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、**在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、当該利用者の居宅を訪問して行う、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、ケアマネジャー**（指定居宅介護支援事業者により指定居宅介護支援を受けている居宅要介護被保険者についてはケアプランを作成している介護支援専門員を、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、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又は**看護小規模多機能型居宅介護**の利用者にあつては、当該事業所の介護支援専門員をいう。）**に対するケアプランの作成等に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定できないこととなるため留意すること。**

また、利用者が他の介護サービスを利用している場合にあつては、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、当該介護サービス事業者等に介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行うこととする。

なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理料」又は「特定施設入居時等医学総合管理料」を当該利用者について算定した場合には、当該医師に限り居宅療養管理指導費(Ⅱ)を算定する。

※「家族等」とは、「家族若しくは親族」を指します。（青本 p166）

##### ② 「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

ア ケアマネジャーに対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない。）。

当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」（薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。）について、原則として、文書等（メール、FAX等でも可）により、ケアマネジャーに対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

(情報提供すべき事項)

- (a) 基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）
- (b) 利用者の病状、経過等
- (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- (d) 利用者の日常生活上の留意事項

※ 前記に係る情報提供については、医科診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできることとする。

イ 利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること。

なお、口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により指導又は助言を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

③ ケアマネジャーによるケアプランの作成が行われていない場合

居宅療養管理指導以外のサービスを利用していない利用者や自らケアプランを作成している利用者などのケアマネジャーによるケアプランの作成が行われていない利用者に対して居宅療養管理指導を行う場合は、①の規定にかかわらず算定できること。ただし、当該利用者が、居宅療養管理指導以外にも他の介護サービスを利用している場合にあっては、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、当該他の介護サービス事業者等に対し、介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行うこととする。

④ 算定回数について

主治の医師及び歯科医師が、1人の利用者について、それぞれ月2回まで算定することができる。

⑤ 算定日について

算定日は、当該月の訪問診療又は往診を行った日とする。また、請求明細書の摘要欄には、訪問診療若しくは往診の日又は当該サービス担当者会議に参加した場合においては、参加日若しくは参加が困難な場合においては、文書等を交付した日を記入することとする。

【2002.5.13 WAM-Net Q&A】

Q 主治の医師・歯科医師の行う居宅療養管理指導については、当該月の訪問診療もしくは往診を行った日を算定日とすることとなっているが、これは、ある月に、介護保険で居宅療養管理指導費を算定するためには、居宅療養管理指導を行った主治の医師・歯科医師によって、当該月に訪問診療もしくは往診がおこなわれており、当該訪問診療もしくは往診について医療保険で診療報酬が算定されなければならないもの（＝訪問診療もしくは往診の実

施及びこれに係る医療保険での診療報酬の算定を行わずに、介護保険での居宅療養管理指導のみを実施して介護報酬を算定することはできないもの) と解釈してよろしいか。

A 貴見の通りであり、訪問診療・往診については診療報酬の算定の要件を満たさずに、介護保険の居宅療養管理指導のみを算定することはできないものです。

※小規模多機能型居宅介護については、それぞれの事業所の通いサービス利用中の時間帯（昼間の時間帯）でのサービス提供は算定対象となりません。

※「計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づ」くものであるため、明らかに今後の継続した指導が見込まれない場合は対象となりません。

※医療保険での訪問診療や往診と、介護保険では、算定要件が異なる場合がある。

例：同一世帯の複数の利用者に同一日にサービス提供

：同一建物に同一日に複数の医師が出向きサービス提供

いずれも、介護保険上は同一建物居住者の単位で算定されることとなるため、要件を確認の上、適正に請求事務を行うこと。

※算定要件を満たしていない場合は、返還の指導を行います。

## 5 薬剤師が行う居宅療養管理指導について

(ポイント)

- ① 在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、また、医療機関の薬剤師が行う場合にあつては、**医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、**提供した居宅療養管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文書等にて提出するよう努め、速やかに記録（薬局薬剤師にあつては、薬剤服用歴の記録、医療機関の薬剤師にあつては、薬剤管理指導記録）を作成するとともに、**医師又は歯科医師に報告した上で、ケアマネジャーに対するケアプランの作成等に必要な情報提供を行うこととする。ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定できないこととなるため留意すること。ただし、ケアマネジャーによるケアプランの作成が行われていない場合の取扱いについては、医師・歯科医師の居宅療養管理指導を準用する。**

併せて、利用者の服薬状況や薬剤の保管状況に問題がある場合等、その改善のため訪問介護員等の援助が必要と判断される場合には、関連事業者等に対して情報提供及び必要な助言を行うこととする。薬局薬剤師にあつては当該居宅療養管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対し訪問結果について必要な情報提供を文書で行うこととする。また、提供した文書等の写しがある場合は、記録に添付する等により保存することとする。なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入することとする。

- ② 薬局薬剤師の策定する「薬学的管理指導計画」は、処方医から提供された医師・歯科医師の居宅療養管理指導における情報提供等に基づき、又は必要に応じ処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、利用者の心身の

特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、利用者宅への訪問回数、訪問間隔等を記載する。

策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存する。

薬学的管理指導計画は、原則として、利用者の居宅を訪問する前に策定する。訪問後、必要に応じ新たに得られた利用者の情報を踏まえ計画の見直しを行う。また、必要に応じ見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行う。

- ③ 薬局薬剤師にあつては、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、居宅療養管理指導の結果及び当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点について情報提供することとする。
- ④ 薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導費を月2回以上算定する場合（がん末期患者及び中心静脈栄養を受けている者に対するものを除く。）にあつては、算定する日の間隔は6日以上とする。がん末期患者及び中心静脈栄養を受けている者については、週2回かつ月8回に限り算定できる。医療機関の薬剤師が行う居宅療養管理指導を月2回算定する場合にあつては、算定する日の間隔は6日以上とする。
- ⑤ 居宅療養管理指導を行った場合には、薬局薬剤師にあつては、薬剤服用歴の記録に、少なくとも以下のア～ツについて記載しなければならない。
- ア 利用者の氏名、生年月日、性別、介護保険の被保険者証の番号、住所、必要に応じて緊急時の連絡先等の利用者についての記録
  - イ 処方した医療機関名及び処方医氏名、処方日、処方内容等の処方についての記録
  - ウ 調剤日、処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
  - エ 利用者の体質、アレルギー歴、副作用歴等の利用者についての情報の記録
  - オ 利用者又はその家族等からの相談事項の要点
  - カ 服薬状況
  - キ 利用者の服薬中の体調の変化
  - ク 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報
  - ケ 合併症の情報
  - コ 他科受診の有無
  - サ 副作用が疑われる症状の有無
  - シ 飲食物（現に利用者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等
  - ス 服薬指導の要点
  - セ 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
  - ソ 処方医から提供された情報の要点
  - タ 訪問に際して実施した薬学的管理の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複服用、相互作用等に関する確認、実施した服薬支援措置等）
  - チ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
  - ツ 処方医以外の医療関係職種との間で情報を共有している場合にあつては、当該医療関

係職種から提供された情報の要点及び当該医療関係職種に提供した訪問結果に関する情報の要点

- ⑥ 居宅療養管理指導を行った場合には、医療機関の薬剤師にあつては薬剤管理指導記録に、少なくとも以下のア～カについて記載しなければならないこととし、最後の記入の日から最低3年間保存すること。
- ア 利用者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
  - イ 利用者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
  - ウ 薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）
  - エ 利用者への指導及び利用者からの相談の要点
  - オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
  - カ その他の事項
- ⑦ 居宅療養管理指導を算定している利用者に投薬された医薬品について、医療機関又は薬局の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該利用者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該主治医に相談の上、必要に応じ、利用者に対する薬学的管理指導を行うものとする。
- ア 医薬品緊急安全性情報
  - イ 医薬品・医療機器等安全性情報
- ⑧ 現に他の医療機関又は薬局の薬剤師が居宅療養管理指導を行っている場合は、居宅療養管理指導費は、算定しない。
- ⑨ ⑧にかかわらず、居宅療養管理指導を行っている保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が連携する他の保険薬局（以下「サポート薬局」という。）と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急やむを得ない事由がある場合には在宅基幹薬局の薬剤師に代わって当該利用者又はその家族等に居宅療養管理指導を行うことについて、あらかじめ当該利用者又はその家族等の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が居宅療養管理指導を行った場合は居宅療養管理指導費を算定できること。なお、居宅療養管理指導費の算定は在宅基幹薬局が行うこと。
- ⑩ サポート薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって居宅療養管理指導を行った場合には次のとおり、薬剤服用歴の記載等を行うこととする。
- ア サポート薬局は、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有すること。
  - イ アを踏まえ、在宅基幹薬局は、居宅療養管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告やケアマネジャーに対する必要な情報提供等を行うこと。
  - ウ 在宅基幹薬局は、薬剤服用歴に当該居宅療養管理指導を行ったサポート薬局名及びやむを得ない事由等を記載するとともに、請求明細書の摘要欄にサポート薬局が当該業務を行った日付等を記載すること。
- ⑪ 居宅において疼痛緩和のために厚生労働大臣が別に定める特別な薬剤（以下「麻薬」という。）は、「麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第一号に規定する

麻薬」のうち、使用薬剤の購入価格(薬価基準)(平成14年厚生労働省告示第87号)に記載されている医薬品であり、以降、改定がなされた際には、改定後の最新の薬価基準に記載されているものを意味する。

- ⑫ 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている利用者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意事項等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行った場合に算定する。なお、薬局薬剤師にあつては、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行うことが必要である。
- ⑬ 麻薬管理指導加算を算定する場合にあつては、薬局薬剤師にあつては薬剤服用歴の記録に⑤の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等)
  - イ 訪問に際して行った患者及び家族への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等)
  - ウ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報(麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の内容等に関する事項を含む。)の要点
  - エ 利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項(都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。)
- ⑭ 麻薬管理指導加算を算定する場合にあつては、医療機関の薬剤師にあつては薬剤管理指導記録に⑥の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等)
  - イ 麻薬に係る利用者及び家族への指導・相談事項(麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等)
  - ウ 利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項
  - エ その他の麻薬に係る事項
- ⑮ 医師又は歯科医師は、薬剤師への指示事項及び実施後の薬剤師からの報告による留意事項を記載する。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。また、薬局薬剤師による訪問結果についての必要な情報提供についての文書は、診療録に添付する等により保存することとする。

※算定要件を満たしていない場合は、返還の指導を行います。

薬剤服用歴薬剤または管理指導記録は、居宅療養管理指導において、介護保険上のサービス提供の記録とみなしますので、ない場合には、サービス提供記録を欠くものとして返還の指導を行います。



## 6 管理栄養士の居宅療養管理指導について

(ポイント)

① 管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、医師が当該利用者に厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、栄養ケア計画を作成した当該計画を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上行った場合に算定する。なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記載することとする。

- ② 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。  
また、サービスを提供する管理栄養士は病院又は診療所の指定居宅療養管理指導事業所の従業者でなければならない。

※事業所ごとに置くべき従業者（赤本P116）

病院又は診療所 医師又は歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士  
薬局 薬剤師

- ③ 当該居宅療養管理指導に係る指示を行った医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。また、栄養ケア計画に基づき、実際に居宅療養管理指導を行う管理栄養士に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、栄養ケア計画の見直しに当たっては、管理栄養士の報告をうけ、医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。

- ④ 管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、以下のアからケまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。

ア 利用者の低栄養状態のリスクを把握すること（以下「栄養スクリーニング」という。）。

イ 栄養スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること（以下「栄養アセスメント」という。）。

ウ 栄養アセスメントを踏まえ、管理栄養士は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師その他の職種の者と共同して、利用者ごとに摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮された栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法等）、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容、利用者又は家族が主体的に取り組むことができる具体的な内容及び相談の実施方法等）、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。また、作成した栄養ケア計画については、居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

エ 栄養ケア計画に基づき、利用者に栄養管理に係る必要な情報提供及び栄養食事相談又は助言を実施するとともに、栄養ケア計画に実施上の問題（栄養補給方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。

オ 他のサービス等において食生活に関する配慮等が必要な場合には、当該利用者に係る

居宅療養管理指導の指示を行った医師を通じ、介護支援専門員に対して情報提供を行うこと。

カ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、栄養状態のモニタリングを行い、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った医師に対する報告を行うこと。なお、低栄養状態のモニタリングにおいては、利用者個々の身体状況等を勘案し必要に応じて体重を測定するなど、BMI や体重減少率等から利用者の栄養状態の把握を行うこと。

キ 利用者について、概ね3月を目途として、低栄養状態のリスクについて、栄養スクリーニングを実施し、医師の指示のもとに関連職種と共同して当該計画の見直しを行うこと。

ク 管理栄養士は、利用者ごとに栄養ケアの提供内容の要点を記録する。なお、交付した栄養ケア計画は栄養ケア提供記録に添付する等により保存すること。

ケ 指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準第91条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に管理栄養士の居宅療養管理指導費の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものとする。

- ⑤ 心臓疾患等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症(肥満度が+40%以上又はBMIが30以上)の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧の患者に対する減塩食(食塩相当量の総量が6.0グラム未満のものに限る。)及び嚥下困難者(そのために摂食不良となった者も含む。)のための流動食は、短期入所生活介護費、短期入所療養介護費、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス及び地域密着型介護福祉施設サービスの療養食加算の場合と異なり、居宅療養管理指導の対象となる特別食に含まれる。

※管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(平成18年3月31日 老老発第0331009号)」(緑本p809～p814)の別紙1、別紙2の様式例を準用すること。ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。

・厚生労働大臣が別に定める特別食とは、「疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風職、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)」とされています。

これに上記⑤を加えたものが介護保険上の対象としての特別食となりますが、医療保険の「在宅患者訪問栄養食事指導料」の対象となる特別食と完全に一致するわけではないので、対象となる特別食かどうか、よく確認してください。

※算定要件を満たしていない場合は、返還の指導を行います。

## 7 歯科衛生士等の居宅療養管理指導について

(ポイント)

- ① 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、在宅の利用者であって通院又は通所が困難なもので、訪問歯科診療を行った利用者又はその家族等に対して、当該訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、利用者の居宅を訪問して、利用者又はその家族の同意及び訪問診療の結果等に基づき作成した管理指導計画を利用者又はその家族等に対して交付するとともに、当該管理指導計画に従った療養上必要な実地指導を1人の利用者に対し歯科衛生士等が1対1で20分以上行った場合について算定し、実地指導が単なる日常的な口腔清掃等であるなど療養上必要な指導に該当しないと判断される場合は算定できない。なお、請求明細書の摘要欄に当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師が訪問診療を行った日と歯科衛生士等の訪問日を記入することとする。
- ② 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導は、指示を行った歯科医師の訪問診療の日から起算して3月以内に行われた場合に算定する。
- ③ 歯科衛生士等が居宅療養管理指導を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいうものであり、指導のための準備や利用者の移動に要した時間等は含まない。
- ④ 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、医療機関に勤務する歯科衛生士等が当該医療機関の歯科医師からの直接の指示、管理指導計画に係る助言等（以下「指示等」という。）を受け、居宅に訪問して実施した場合に算定する。なお、終了後は、指示等を行った歯科医師に直接報告するものとする。
- ⑤ 歯科衛生士等は実地指導に係る記録を作成し、交付した管理指導計画を当該記録に添付する等により保存するとともに、指導の対象となった利用者ごとに利用者氏名、訪問先、訪問日、指導の開始及び終了時刻、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻及び担当者の署名を明記し、指示等を行った歯科医師に報告する。
- ⑥ 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、以下のアからキまでに掲げるプロセスを経ながら実施すること。
  - ア 利用者の口腔機能（口腔衛生、摂食・嚥下機能等）のリスクを、把握すること（以下「口腔機能スクリーニング」という。）。
  - イ 口腔機能スクリーニングを踏まえ、利用者の解決すべき課題を把握すること（以下「口腔機能アセスメント」という。）。
  - ウ 口腔機能アセスメントを踏まえ、歯科医師、歯科衛生士その他の職種の者が共同して、利用者ごとに口腔衛生に関する事項（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）、摂食・嚥下機能に関する事項（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための生活指導等）、解決すべき課題に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載し、利用者の疾病の状況及び療養上必要な実地指導内容や訪問頻度等の具体的な計画を含めた管理指導計画を作成すること。また、作成した管理指導計画については、居宅療養管理指導の対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
  - エ 管理指導計画に基づき、利用者に療養上必要な実地指導を実施するとともに、管理指

導計画に実施上の問題（口腔清掃方法の変更の必要性、関連職種が共同して取り組むべき事項の見直しの必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。

オ 利用者の口腔機能に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、口腔機能のモニタリングを行い、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師に対する報告を行うこと。なお、口腔機能のモニタリングにおいては、口腔衛生の評価、反復唾液嚥下テスト等から利用者の口腔機能の把握を行うこと。

カ 利用者について、概ね3月を目途として、口腔機能のリスクについて、口腔機能スクリーニングを実施し、当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師に報告し、歯科医師による指示に基づき、必要に応じて管理指導計画の見直しを行うこと。なお、管理指導計画の見直しに当たっては、歯科医師その他の職種と共同して行うこと。

キ 指定居宅サービス基準第91条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの管理指導計画に従い歯科衛生士等が利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に歯科衛生士等の居宅療養管理指導費の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものとする。

⑦ 当該居宅療養管理指導に係る指示を行った歯科医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した管理指導計画を添付する等により保存する。また、管理指導計画に基づき、実際に実地指導を行う歯科衛生士等に対して指示等を行い、指示等の内容の要点を記載する。さらに、管理指導計画の見直しに当たっては、歯科衛生士等の報告をうけ、歯科医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容（療養上必要な実地指導の継続の必要性等）の要点を記載し、共同で作成した管理指導計画を添付する等により保存する。なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付することとしてもよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別することとする。

⑧ 利用者の口腔機能の状態によっては、医療における対応が必要である場合も想定されることから、その疑いがある場合は、利用者又は家族等の同意を得て、指示を行った歯科医師、歯科医師を通じた指定居宅介護支援事業者等への情報提供等の適切な措置を講じることとする。

- ・「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の整備について」（平成18年3月31日老老発第0331008号）（緑本P804）に、「2 歯科衛生士等の居宅療養管理指導の実務等について」等の関連記述がありますので、参考にしてください。

※算定要件を満たしていない場合は、返還の指導を行います。

## 8 看護職員が行う居宅療養管理指導について

(ポイント)

- ① 看護職員による居宅療養管理指導については、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、要介護認定等の際に主治医から提出される「主治医意見書」中「4. 生活機能とサービスに関する意見（5）医学的管理の必要性」の「看護職員の訪問による相談・支援」の項にチェックのある者又は看護職員の訪問による相談支援の必要がある旨の記載がある者のうち、サービス担当者会議において必要性が認められ、本人又はその家族等の同意が得られた者に対して、看護職員が訪問を行った上で、必要に応じて電話相談を行い、併せてケアマネジャーに対するケアプランの作成等に必要な情報提供を行った場合について算定する。
- ② 新規認定、更新認定又は要介護認定区分の変更の際に作成された居宅サービス計画に基づくサービスの開始から6月以内に行われた場合に算定するものとする。
- ③ 看護職員は実施した療養上の相談及び支援に係る記録を作成し、保存するとともに、相談等の対象となった利用者ごとに利用者氏名、訪問先、訪問日、指導の要点、解決すべき課題等に関する要点を明記し、医師、介護支援専門員等に対して情報提供を行うこととする。
  - ・ 利用者が定期的に通院している場合若しくは定期的に訪問診療を受けている場合又は利用者が訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、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若しくは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、若しくは複合型サービスを受けている間は、算定しない。

※算定要件を満たしていない場合は、返還の指導を行います。

3 訪問看護費

	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注				
基本部分	准看護師の場合	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上をサービスを行う場合	夜間又は早朝の場合、若しくは深夜の場合	2人以上による訪問看護を行う場合	1時間30分以上の訪問看護を行う場合	専介5の者の場合	特別地域訪問看護加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	緊急時訪問看護加算(注)	特別管理加算	ターミナルケア加算	医療保険の訪問看護が必要であるものとして主治医が発行する訪問看護指示の文書の訪問看護指示期間の日数につき減算(1日につき)				
イ 指定訪問看護ステーションの場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合 (310単位)	×90/100	×90/100	30分未満の場合 +25/100	30分以上の場合 +402単位	+300単位				1月につき +540単位							
	(2) 30分未満 (463単位)																
	(3) 30分以上1時間未満 (814単位)																
	(4) 1時間以上1時間30分未満 (1,117単位)																
	(5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 (302単位) ※ 1日に2回を超えて実施する場合は90/100																
ロ 病院又は診療所の場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合 (267単位)	×90/100	×90/100	30分未満の場合 +25/100	30分以上の場合 +402単位	+300単位		+15/100	+10/100	+5/100	1月につき +290単位		1月につき (Ⅰ)の場合 +500単位 又は (Ⅱ)の場合 +250単位	死亡日及び死亡日前14日以内の2日以上ターミナルケアを行った場合 +2000単位			
	(2) 30分未満 (392単位)																
	(3) 30分以上1時間未満 (567単位)																
	(4) 1時間以上1時間30分未満 (835単位)																
ハ 定期巡回・随時対応訪問介護看護事業所と連携する場合 (1月につき 2,935単位)	准看護師による訪問が1回でもある場合 ×96/100									1月につき 訪問看護ステーションの場合 +540単位 病院又は診療所の場合 +290単位				-97単位			
ニ 初回加算 (1月につき +300単位)																	
ホ 退院時共同指導加算 (1回につき +600単位)																	
ヘ 看護・介護職員連携強化加算 (1月につき +250単位)																	
ト 看護体制強化加算 (1月につき +300単位)																	
チ サービス提供体制強化加算	イ及びロを算定する場合 (1回につき 6単位を加算)																
	ハを算定する場合 (1月につき 50単位を加算)																

注：特別地域訪問看護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算、サービス提供体制強化加算は、支給限度管理の対象外の算定項目  
 ※ 特別管理加算を算定する状態の者に対する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、深夜の訪問看護に係る加算を算定できるものとする。

厚生労働省「介護報酬の算定構造」より抜粋

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/housyu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/index.html)

4 訪問リハビリテーション費

基本部分			注 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 短期集中リハビリテーション実施加算	注 リハビリテーションシミュレーション加算(Ⅰ)	注 リハビリテーションシミュレーション加算(Ⅱ)
イ 訪問リハビリテーション費	病院又は診療所の場合	1回につき 302単位	×90/100	+5/100	1日につき +200単位	1月につき +60単位	1月につき +150単位
	介護老人保健施設の場合						

ロ 社会参加支援加算 (1日につき 17単位を加算)

ハ サービス提供体制強化加算 (1回につき +6単位)

注：中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目

5 居宅療養管理指導費

基本部分			
イ 医師が行う場合 (月2回を限度)	(1) 居宅療養管理指導費(Ⅰ) (Ⅱ)以外	(一) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (503単位)	注 特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合  +100単位
		(二) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (452単位)	
	(2) 居宅療養管理指導費(Ⅱ) (在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する場合)	(一) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (292単位)	
		(二) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (262単位)	
ロ 歯科医師が行う場合 (月2回を限度)	(1) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (503単位)	(2) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (452単位)	
ハ 薬剤師が行う場合	(1) 病院又は診療所の薬剤師が行う場合 (月2回を限度)	(一) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (553単位)	注 特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合  +100単位
		(二) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (387単位)	
	(2) 薬局の薬剤師の場合 (月4回を限度)	(一) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (503単位)	
		(二) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (352単位)	
ニ 管理栄養士が行う場合 (月2回を限度)	(1) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (533単位)	(2) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (452単位)	
ホ 歯科衛生士等が行う場合 (月4回を限度)	(1) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (352単位)		
	(2) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (302単位)		
ヘ 保健師、看護師が行う場合	(1) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (402単位)	注 栄養士が行う場合 ×90/100	
	(2) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (362単位)		

※ ハ(2)(一)について、がん末期の患者及び中心静脈栄養患者については、週2回かつ月8回算定できる。

3 介護予防訪問看護費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注		
イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能 (310単位)	×90/100	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	夜間又は早朝の場合又は深夜の場合	2人以上による介護予防訪問看護を行う場合	1時間30分以上の介護予防訪問看護を行う場合	特別地域介護予防訪問看護加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	緊急時介護予防訪問看護加算(※)	特別管理加算
	(2) 30分未満 (483単位)										
	(3) 30分以上1時間未満 (814単位)										
	(4) 1時間以上1時間30分未満 (1,117単位)										
	(5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 (202単位) ※ 1日に2回を超えて実施する場合は90/100										
ロ 病院又は診療所の場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能 (262単位)	×90/100		夜間又は早朝の場合 +25/100 深夜の場合 +50/100							
	(2) 30分未満 (392単位)										
	(3) 30分以上1時間未満 (567単位)										
	(4) 1時間以上1時間30分未満 (835単位)										
ハ 初回加算 (1月につき +300単位)											
ニ 退院時共同指導加算 (1回につき +600単位)											
ホ 看護体制強化加算 (1月につき +300単位)											
ヘ サービス提供体制強化加算 (1回につき +6単位)											

： 特別地域訪問看護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、サービス提供体制強化加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目  
 ※ 特別管理加算を算定する状態の者に対する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、深夜の訪問看護に係る加算を算定できるものとする。

4 介護予防訪問リハビリテーション費

基本部分		注	注	注	注
イ 介護予防訪問リハビリテーション費	病院又は診療所の場合	×90/100	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	短期集中リハビリテーション実施加算
	介護老人保健施設の場合				
ロ サービス提供体制強化加算 (1回につき +6単位)					

： 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算は、支給限度額管理の対象外の算定項目



5 介護予防居宅療養管理指導費

基本部分		注	
イ 医師が行う場合 (月2回を限度)	(1) 介護予防居宅療養管理指導費(Ⅰ) (〔2〕以外)	(一) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (503単位)	
		(二) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (452単位)	
	(2) 介護予防居宅療養管理指導費(Ⅱ) (在宅時医学総合管理科又は特定施設入居時等医学総合管理科を認定する場合)	(一) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (292単位)	
		(二) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (262単位)	
ロ 歯科医師が行う場合 (月2回を限度)	(1) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (503単位)		
	(2) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (452単位)		
ハ 薬剤師が行う場合	(1) 病院又は診療所の薬剤師が行う場合 (月2回を限度)	(一) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (503単位)	注 特別な薬剤の投薬が行われている住宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合  +100単位
		(二) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (387単位)	
	(2) 薬局の薬剤師の場合 (月4回を限度)	(一) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (503単位)	
		(二) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (382単位)	
ニ 管理栄養士が行う場合 (月2回を限度)	(1) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (533単位)		
	(2) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (452単位)		
ホ 歯科衛生士が行う場合 (月4回を限度)	(1) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (352単位)		
	(2) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (302単位)		
ヘ 保健師、管理師が行う場合	(1) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 (402単位)	注 看護視察が行う場合 ×90/100	
	(2) 同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) (382単位)		

※ ハ(2)(一)(二)については、がん末期の患者及び中心静脈栄養患者については、週2回かつ月8回算定できる。

別表2 保険優先公費の一覧（適用優先度順）

項番	制度	給付対象	法別番号	資格証明等	公費の給付率	負担割合	介護保険と関連する給付対象
1	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）「一般患者に対する医療」	結核に関する治療・検査等省令で定めるもの	10	患者票	95	介護保険を優先し95%までを公費で負担する	医療機関の短期入所療養介護、医療機関の介護予防短期入所療養介護及び介護療養施設サービスにかかる特定診療費並びに介護老人保健施設の短期入所療養介護、介護老人保健施設の介護予防短期入所療養介護及び介護保健施設サービスにかかる特別療養費
2	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）「通院医療」	通院による精神障害の医療	21	受給者証	100	介護保険優先利用者本人負担額がある	訪問看護、介護予防訪問看護
3	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律「更生医療」	身体障害者に対する更生医療（リハビリテーション）	15	受給者証	100	介護保険優先利用者本人負担額がある	訪問看護、介護予防訪問看護、医療機関の訪問リハビリテーション、医療機関の介護予防訪問リハビリテーション、医療機関の通所リハビリテーション、医療機関の介護予防通所リハビリテーション及び介護療養施設サービス
4	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）「一般疾病医療費の給付」	健康保険と同様（医療全般）	19	被爆者手帳	100	介護保険優先残りを全額公費（※）	介護保健施設サービス含め医療系サービス（介護予防サービスを含む）の全て
5	難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）「特定医療」	特定の疾患のみ	54	受給者証	100	介護保険優先利用者本人負担額がある	訪問看護、介護予防訪問看護、医療機関の訪問リハビリテーション、医療機関の介護予防訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導及び介護療養施設サービス

6	被爆体験者精神影響等調査研究事業の実施について（平成14年4月1日健発第0401007号）	被爆体験による精神的要因に基づく健康影響に関連する特定の精神疾患又は関連する身体化症状・心身症のみ	86	受給者証	100	介護保険優先残りを全額公費（※）	訪問看護、介護予防訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービスの医療系サービスの全て
7	特定疾患治療研究事業について（昭和48年4月17日衛発第242号厚生省公衆衛生局長通知）「治療研究に係る医療の給付」	特定の疾患のみ	51	受給者証	100	同上	訪問看護、介護予防訪問看護、医療機関の訪問リハビリテーション、医療機関の介護予防訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導及び介護療養施設サービス
8	先天性血液凝固因子障害等治療研究事業について（平成元年7月24日健医発第896号厚生省保健医療局長通知）「治療研究に係る医療の給付」	同上	51	受給者証	100	介護保険優先利用者本人負担額がある（※）	同上
9	「水俣病総合対策費の国庫補助について」（平成4年4月30日環保業発第227号環境事務次官通知）「療養費及び研究治療費の支給」	水俣病発生地域において過去に通常のレベルを超えるメチル水銀の曝露を受けた可能性のある者における水俣病にもみられる症状に関する医療	88	医療手帳、被害者手帳	100	介護保険優先残りを全額公費（※）	介護保健施設サービス含め医療系サービス（介護予防サービスを含む）の全て（ただし、介護保健施設サービスにおいては所定疾患施設療養費等に限定）
10	「メチル水銀の健康影響に係る調査研究事業について」（平成17年5月24日環保企発第050524001号環境事務次官通知）「研究治療費の支給」	メチル水銀の曝露に起因するものでないことが明らかなものを除く疾病等の医療	88	医療手帳	100	介護保険優先残りを全額公費（※）	介護保健施設サービス含め医療系サービス（介護予防サービスを含む）の全て（ただし、介護保健施設サービスにおいては所定疾患施設療養費等に限定）
11	「茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱」について（平成15年6月6日環保企発第030606004号環境事務次官通知）「医療費の支給」	茨城県神栖町におけるジフェニルアルシンの曝露に起因する疾病等の医療	87	医療手帳	100	介護保険優先残りを全額公費（※）	介護保健施設サービス含め医療系サービス（介護予防サービスを含む）の全て（ただし、介護保健施設サービスにおいては所定疾患施設療養費等に限定）

12	石綿による健康被害の救済に関する法律（平成18年法律第4号）「指定疾病に係る医療」	指定疾病に係る医療	66	石綿健康被害医療手帳	100	介護保険優先残りを全額公費	介護保健施設サービスを含め医療系サービス（介護予防サービスを含む）の全て（ただし、介護保健施設サービスにおいては所定疾患施設療養費等に限る）
13	特別対策（障害者施策）「全額免除」	障害者施策利用者への支援措置	58	受給者証	100	介護保険優先残りを全額公費	訪問介護、介護予防訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス（みなし）及び訪問型サービス（独自）
14	原爆被爆者の訪問介護利用者負担に対する助成事業について（平成12年3月17日健医発第475号厚生省保健医療局長通知）「介護の給付」	低所得者の被爆者に対する訪問介護、介護予防訪問介護、訪問型サービス（みなし）及び訪問型サービス（独自）	81	被爆者健康手帳	100	介護保険優先残りを全額公費（※）	訪問介護、介護予防訪問介護、訪問型サービス（みなし）及び訪問型サービス（独自）
15	原爆被爆者の介護保険等利用者負担に対する助成事業について（平成12年3月17日健医発第476号厚生省保健医療局長通知）「介護の給付」	被爆者に対する介護福祉施設サービス等、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、通所介護、介護予防通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（みなし）及び通所型サービス（独自）	81	被爆者健康手帳	100	介護保険優先残りを全額公費（※）	介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、通所介護、介護予防通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス（みなし）及び通所型サービス（独自）
16	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）「介護支援給付」	介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業を除く）の給付対象サービス	25	介護券	100	介護保険優先利用者本人負担額がある	介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業を除く）の給付対象と同様
17	生活保護法の「介護扶助」	介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業を除く）の給付対象サービス	12	介護券	100	介護保険優先利用者本人負担額がある	介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業（一般介護予防事業を除く）の給付対象と同様

※ ただし、保険料滞納による介護給付等の額の減額分については公費負担しない。

【制度別対象疾患一覧】

平成27年1月1日現在

No.	病名	指定難病	特定疾患治療研究事業	介護保険2号該当	医療保険訪問看護
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	○		○	No129参照
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チー	○			No130参照
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	○	注1		○
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	ペスレムミオパチー	○			
32	自己食食空胞性ミオパチー	○			
33	シュワルツ・ヤンベル症候群	○			
34	神経線維腫症	○			
35	天疱瘡	○			
36	表皮水疱症	○			
37	膿疱性乾癬(汎発性)	○			
38	スティーブンス・ジョンソン症候群	○			
39	中毒性表皮壊死症	○			
40	高安静脈炎	○			
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	黄色靭帯骨化症	○			
69	後縦靭帯骨化症	○		○	
70	広範脊柱管狭窄症	○			
71	特発性大腿骨頭壊死症	○			

No.	病名	指定難病	特定疾患治療研究事業	介護保険2号該当	医療保険訪問看護
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	慢性血栓性肺高血圧症	○			
89	リンパ管筋腫症	○			
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	原発性胆汁性肝硬変	○			
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	腸管神経節細胞減少症	○			
102	ルビンスhtayn・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	全身型若年性特発性関節炎	○			
108	TNF受容体関連周期性症候群	○			
109	非典型性溶血性尿毒症症候群	○			
110	ブラウ症候群	○			
111	スモン		○		○
112	難治性肝炎のうち劇症肝炎		○		
113	重症急性膵炎		○		
114	関節リウマチ			○	
115	骨折を伴う骨粗鬆症			○	
116	初老期における認知症(アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病等)			○	
117	早老病(ウエルナー症候群等)			○	
118	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症			○	
119	脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等)			○	
120	閉塞性動脈硬化症			○	
121	慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎)			○	
122	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			○	
123	がん(がん末期)			○	
124	脊柱管狭窄症			○	
125	末期の悪性腫瘍				○
126	進行性筋ジストロフィー症				○
127	後天性免疫不全症候群				○
128	頭頸損傷及び人工呼吸器を使用している状態				○
129	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及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ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。)をいう。)				○
130	慢性炎症性脱髄性多発神経炎				○

注1：指定難病「プリオン病」のうち、「ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病」については、特定疾患治療研究事業の対象とする。

指定難病の○(アンダーライン)は、平成27年1月1日から新たに追加された疾病

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

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

## 2 事業者指導課 訪問通所事業者係からのお知らせ

### 1. 各種書類の提出期限について

#### ①平成29年4月1日適用開始の体制届

#### ②サービス提供体制強化加算算定に係る看護師等の勤続年数の確認等について

サービス提供体制強化加算を算定している事業所（平成26年3月に事業開始した事業所を除く）は、別紙「サービス提供体制強化加算に係る確認表（別紙12-2）」により、看護師等の勤続年数の要件の確認をしてください。

※確認により適用外になる場合は、取り下げのため、体制届の提出が必要です。

#### ①②いずれも

平成29年3月15日（水） 必着

### 2. 自己点検シートの活用について

利用者に適切な介護サービスを提供するためには、事業者自らが事業の運営状況を点検し、課題を見つけて改善していく取組みが重要となります。定期的に自己点検を行って、利用者へのサービスの向上に活用してください。

下記の事業者指導課のホームページにある「自己点検シート」に示している基準の内容は、最低限必要なものです。

[http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasideou/jigyousyasideou\\_00100.html](http://www.city.okayama.jp/hohuku/jigyousyasideou/jigyousyasideou_00100.html)

【参考】認知症介護情報ネットワーク（運営：認知症介護研究・研修センター）介護現場のための高齢者虐待防止教育システム他、虐待防止、認知症介護についての学習教材を活用してください。

<https://www.dcnnet.gr.jp/support/study/>

【参考】一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会のHPに掲載の「訪問リハビリテーションマネジメントマニュアル」を活用してください。

[http://houmonreha.org/health\\_promotion/index.html](http://houmonreha.org/health_promotion/index.html)

### 3. 疑義照会（質問）について

今回の集団指導に係る内容のものに限らず、疑義照会・質問等については、「質問票」によりFAX（086-221-3010）にて送信してください。

