

令和2年度

集団指導資料

〔訪問リハビリテーション〕

〔訪問看護（病院又は診療所）〕

〔居宅療養管理指導〕

【本編】

令和3年度集団指導資料別冊も併せてご覧ください。

令和3年3月

岡山市保健福祉局 高齢福祉部 事業者指導課

目 次

1	お知らせ	
	・ 事業者指導課（訪問居宅事業者係）からのお知らせ	1
2	事業運営上の留意事項	
	介護保険の指定事業者、みなし指定事業者について	3
2-1	主な関係法令	4
2-2	実施に当たっての留意事項について	10
2-3	介護報酬の算定上の留意事項について	21
	訪問看護	21
	訪問リハビリテーション	30
	居宅療養管理指導	38
3	その他	
	・ 制度別対象疾患一覧について	50
	・ 電話・FAX番号・メールアドレス変更届	52
	・ 質問票	53

岡山市保健福祉局高齢福祉部事業者指導課ホームページ（運営：岡山市）

http://www.city.okayama.jp/soshiki/16-3-1-0-0_9.html

1 事業者指導課（訪問居宅事業者係）からのお知らせ

1 各種申請・届出書類の提出期限について

(1) 指定更新申請

- 対象事業所 : 指定有効期間（6年間）を満了する事業所
- 提出期限 : 指定有効期間満了日の前月末日
- 提出書類 : 指定更新申請書、添付書類

※ 自事業所の指定有効期間満了日を確認し、遅延ないようにお手続きください。

(2) 変更届

- 対象事業所 : 指定（更新）時の届出内容を変更する事業所
- 提出期限 : 変更日から10日以内
- 提出書類 : 変更届出書、添付書類

※ 届出が必要な事項については、変更届の手引き「変更届（必要書類・提出方法）」をご参照ください。

※ 事業所の所在地及び平面図の変更については、事前協議が必須です。

(3) 体制届

- 対象事業所 : 加算等を新たに算定（又は区分変更）する事業所
- 提出期限 : 算定開始日の前月15日
- 提出書類 : 体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、添付書類

※ 届出が必要な加算等については、体制届の手引き「体制届（必要書類・提出方法）」をご参照ください。

※ 加算等の要件を満たさなくなった場合は、速やかに届出を提出してください。
なお、この場合は、事実発生日から加算等を算定できません。

各種様式及び手引きについては、事業者指導課ホームページに掲載しています。内容は制度改正等毎に随時改訂していますので、ご活用の際は、当課ホームページに掲載した最新のをダウンロードしてください。

http://www.city.okayama.jp/soshiki/16-3-1-0-0_14.html

2 自己点検シートの活用について

事業者の法令順守の取り組みの1つとして、自己点検シートによる定期的な（1年に1回以上）自己点検をお願いします。

自己点検シートは、人員・設備・運営基準と介護報酬について1冊にまとめています。内容は制度改正等毎に随時改訂していますので、当課ホームページに掲載した最新のものをダウンロードしてください。

<http://www.city.okayama.jp/jigyosha/0000023114.html>

3 疑義照会（質問）について

今回の集団指導に係る内容も含めて、疑義照会・質問等については、原則として「質問票」へ記入し、事業者指導課（訪問居宅事業者係）へFAX又はEメールで送信してください。緊急等の場合は、まずはお電話でご相談ください。

- 電話 086-212-1012
- FAX（各係共通） 086-221-3010
- メールアドレス ji2_shidou@city.okayama.lg.jp

4 在宅医療・介護サービス事業者の駐車規制の緩和について（再周知）

岡山県警は道路交通法の県細則を見直し、在宅医療・介護サービス事業者の車両に限って、近隣の駐車場の有無にかかわらず、申請手続により交付を受けた許可証で訪問先の直近への駐車を許可するよう改め、令和2年1月から運用を開始しています。

2 事業運営上の留意事項

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) 訪問看護 (介護予防) 訪問リハビリテーション (介護予防) 居宅療養管理指導 (介護予防) 通所リハビリテーション (介護予防) 短期入所療養介護 (注)
保険薬局	(介護予防) 居宅療養管理指導

注：療養病床を有する病院又は診療所により行われるものに限る。

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。

2-1 主な関係法令について

- ・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 令和元年10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30年4月版（発行：社会保険研究所）…赤本
介護報酬の解釈 **3**Q A・法令編 平成30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.ourei.mhlw.go.jp/ourei/>
- ・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
- ・W A M . N E T
<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/soshiki/16-3-1-0-0_9.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）

(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。

この計算の後、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等の一部を改正する告示（令和3年厚生労働省告示第73号）附則第12条に規定する単位数の計算を行う場合も、小数点以下の端数処理（四捨五入）を行うが、小数点以下の端数処理の結果、上乘せされる単位数が1単位数に満たない場合は、1単位数に切り上げて算定する。

ただし、特別地域加算等の支給限度額管理対象外となる加算や事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物利用者20人以上にサービスを行う場合の減算を算定する場合については、対象となる単位数の合計に当該加減算の割合を乗じて、当該加減算の単位数を算定することとする。

(例) 訪問介護(身体介護中心 30分以上1時間未満で394単位)

- ・ 夜間又は早朝にサービスを行う場合、所定単位数の25%を加算

$$394 \times 1.25 = 492.5 \rightarrow 493 \text{ 単位}$$

- ・ この事業所が特定事業所加算(IV)を算定している場合、所定単位数の5%を加算

$$493 \times 1.05 = 517.65 \rightarrow 518 \text{ 単位}$$

※ $394 \times 1.25 \times 1.05 = 517.125$ として四捨五入するのではない。

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。

(例) 前記①の事例(例1)で、このサービスを月に8回提供した場合(地域区分は1級地)

$$518 \text{ 単位} \times 8 \text{ 回} = 4,144 \text{ 単位}$$

$$4,144 \text{ 単位} \times 11.40 \text{ 円/単位} = 47,241.60 \text{ 円} \rightarrow 47,241 \text{ 円}$$

(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、居宅療養管理指導費、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

※退院当日の訪問看護について、利用者のニーズに対応し、在宅での療養環境を早期に整える観点から、主治の医師が必要と認める場合は算定が可能となりました。（別冊2（4）③「退院当日の訪問看護」参照）

介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院の退所（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、経過的介護療養型医療施設若しくは介護医療院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394単位、訪問看護については816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394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。

(7) 「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について

- ① 加算の算定要件として「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知）に規定する「認知症高齢者の日常生活自立度」（以下「日常生活自立度」という。）を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書（以下この号において「判定結果」という。）を用いるものとする。
- ② ①の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、居宅サービス計画又は各サービスのサービス計画に記載するものとする。また、主治医意見書とは、「要介護認定等の実施について」（平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知）に基づき、主治医が記載した同通知中「3 主治医の意見の聴取」に規定する「主治医意見書」中「3. 心身の状態に関する意見（1）日常生活の自立度等について・認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載をいうものとする。なお、複数の判定結果がある場合にあつては、最も新しい判定を用いるものとする。
- ③ 医師の判定が無い場合（主治医意見書を用いることについて同意が得られていない場合を含む。）にあつては、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2(4) 認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。

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。

2-2 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、厚生労働省のホームページにも掲載されますので、参照してください。

※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り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。

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。

- (1) （訪問看護ステーション）
- (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）

事業所ごとに、置くべき従業者の員数は、次のとおり。

- (1) 医師 指定訪問リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な1以上の数
 - ・ 専任の常勤医師が1人以上勤務していることが必要。
 - ・ 指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。
 - ・ 指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るもの。
また、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るもの。
- (2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 1以上
 - ・ 指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、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**適当数**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 1以上
 - イ 薬剤師、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 1以上

※ 薬局である居宅療養管理指導事業所にあつては、事業所に置くべき従業者の職種が「薬剤師」のみであるため、薬局の管理栄養士が居宅療養管理指導のサービスを提供することはできない。

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、介護老人保健施設又は介護医療院であって、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、診療所又は薬局であって、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」

「岡山市介護保険課 086-803-1240」

「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」等
※重要事項説明書の内容を制度の変更に合わせて内容を見直すこと。

※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、対応するのが望ましい。

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、介護支援専門員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)

訪問リハビリテーション

(ポイント)

・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。

※ リハビリテーション会議への医師の参加は、テレビ会議システムの他、携帯電話等でのテレビ電話を活用してもよい。

5 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。

訪問リハビリテーション

(ポイント)

1 医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該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、当該サービスの目標、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訪問リハビリテーション計画を作成しなければならない。

・訪問リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、利用者ごとに、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて作成するもの。利用者の希望、リハビリテーションの目標及び方針、健康状態、リハビリテーションの実施上の留意点、リハビリテーション終了の目安・時期等を記載すること。

・上記が原則であるが、指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている患者であって、例外として、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の医師から情報を受けて、当該情報をもとに訪問リハビリテーション計画を作成しても差し支えない。

・訪問リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。

- 2 訪問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は、当該計画の内容に沿って作成すること。
 - ・訪問リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更すること。
- 3 医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、訪問リハビリテーション計画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。また、リハビリテーション計画書を利用者に交付しなければならない。
- 4 指定訪問リハビリテーション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、医師が参加した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、居宅条例第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ます。
 - ・訪問リハビリテーション及び通所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、診療記録を一括して管理しても差し支えない。

- 6 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。

訪問看護

（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。

7 運営規程 市独自基準

- × 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) 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

※ 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。また、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。

8 勤務体制の確保（基準省令第30条（準用））
衛生管理等（基準省令第31条（準用））
掲示（基準省令第32条（準用））

- ・ 事業者は、利用者に対し適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業員の勤務体制を定めておかなければならない。
 - ・ 事業者は、従業員の資質の向上のため、研修の機会を確保しなければならない。
 - ・ 事業者は従業員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。
 - ・ 事業者は事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。
 - ・ 事業者は事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、従業員の勤務の体制、その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。
- × 勤務予定表が事業所ごとに作成されていない。
 - × 勤務予定表に、管理者の勤務予定や従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、兼務関係等が明記されていない。
 - × 研修が計画的に実施されていない。またその実施記録等が保存されていない。
 - × 高齢者虐待防止法に関する研修が行われていない。
 - × 運営規程のみ掲示し、重要事項説明書・苦情措置概要等が掲示されていない。

(ポイント)

勤務体制の確保

- ・ 従業員の勤務体制は、原則、月毎に作成された勤務形態一覧表等により明確にすること。
- ・ 事業所ごとに雇用契約の締結等により当該事業所の指揮命令下にある従業員によってサービスの提供を行うこと。

衛生管理等

- ・ 従業員に対し定期的に健康診断を実施し、健康状態を把握すること。
- ・ 衛生管理マニュアル、健康管理マニュアル等を作成した上、定期的な研修の実施等により従業員に内容の周知を図ること。

掲示

- ・ 掲示すべき内容（項目）は、重要事項説明書（運営規程の概要等）の内容と同じ。
- ・ 受付コーナーや相談室等、利用申込者が見やすいよう工夫して掲示すること。
- ・ 掲示が困難な場合は、ファイル等に綴じて、利用申込者が閲覧できるように受付コーナーや相談室等に置いておくことでも差し支えない。

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、誓約書等による文書での取り決めが行われていない。
- × 利用者及びその家族の個人情報利用について文書による同意が得られていない。

（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。
- ・ 同一グループ内の法人間の人事異動であっても、別事業者であるため改めて秘密保持の取り決めを当該従業者と行う必要があります。

- ・ 「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ダンス」を踏まえ、適切な取り扱いを行うこと
（厚生労働省ホームページ）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>
（個人情報保護委員会ホームページ）
<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/>

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」など記録されていない。

（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。
- ・ 「その後の経過」「原因分析」「再発防止のための取組み」等の内容を記録すること
- ・ 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/jigyosha/0000007638.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、個人情報の紛失・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ります。

1.2 記録の整備 市独自基準

(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

- ・ みなし指定の訪問看護事業所のように、主治の医師による指示の文書（訪問看護指示書）に代わり、診療録に記載する場合には、その指示が明確にわかるように記載すること。
- ・ 利用料等に関する請求及び受領等の記録については、保険請求を行い、代理受領分を受け取った月が起算月となる。
- ・ みなし指定の訪問看護事業所がサービス提供に看護補助者を従業させる場合は、訪問看護「(6) 条例第32条第1項に規定する勤務の体制等の記録」に看護補助者も記載する必要がある。

2-3 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）

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日間を限度とする。（留意事項通知）

③ 認知症を除く精神疾患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ります。

・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ません。

※ 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、十分確認すること。

→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。

※ 精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費の算定に係る医療保険による訪問看護の利用者については、医療保険の給付の対象となるものであり、同一日に介護保険の訪問看護費を算定することはできない。

2 基本サービス費

(ポイント)

	(訪問看護)	(介護予防訪問看護)
・20分未満	265 単位	255 単位
・30分未満	398 単位	381 単位
・30分以上 1 時間未満	573 単位	552 単位
・1 時間以上 1 時間30分未満	842 単位	812 単位

3 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。
- ・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。

4 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。

5 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」（緑本P1329を参照）

※連携して介護報酬請求を行う場合は請求月の前月15日までに体制届の提出を要する。

6 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

(ポイント)

- ・「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, ③ 所定単位数に90/100を乗じた単位数

② 所定単位数に85/100を乗じた単位数

①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く。)

②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合

③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者

(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

【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、道路や河川等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

【利用者の人数】要件は実人数で確認すること(回数ではない)。

※この減算が適用される場合、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こととなるので注意すること。

7 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。

8 複数名訪問看護加算

× 複数名でサービス提供する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。1人で看護を行うことが困難な場合に算定を認めるものであるため、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。

9 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。

10 中山間地域等における小規模事業所加算

※岡山市に所在する事業所は算定できません。

所定単位数に10/100加算

- ・別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準(1月当たり延べ訪問回数が30回以下)に適合する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を行った場合は、1回につき100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

11 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。

1 2 緊急時訪問看護加算

(ポイント)

315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。

- ・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（介護予防）訪問看護に係る加算を算定できる。
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携を行っている場合も算定対象となる。

1 3 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）
- ・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。
- ・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。
- ・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）

- ・「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。
- ・「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合には、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と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。

14 ターミナルケア加算

X 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

- ・死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上（死亡日及び死亡日前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っては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時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）
- ・死亡日及び死亡日前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ターミナルケア加算を算定する。
- ・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。

※ 厚生労働省「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。

15 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。)

16 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。

1.7 看護体制強化加算

※体制届の提出が必要

(ポイント)

区分Ⅰ 550単位/月
区分Ⅱ 200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6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6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20以上であること。
(実利用者数を数える際、前6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。

※ 区分ⅠとⅡは、事業所においていずれか一方のみの届出となる(利用者毎に区分を変えることはできない)。

1.8 サービス提供体制強化加算

◆サービス提供体制強化加算の取扱い

[留意事項通知：老企第36号第2の4(25)]

- ① 「看護師等ごとの研修計画」については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容の全体像と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、看護師等について、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計画を策定しなければならない。
- ② 「利用者に関する情報も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」とは、当該事業所においてサービス提供に当たる看護師等のすべてが参加するものでなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、サービス提供責任者ごとにいくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。
会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。なお、「定期的」とは、おおむね1月に1回以上開催されている必要がある。
また、会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。)を活用して行うことができる。
「利用者に関する情報もしくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。
 - ・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 「健康診断等」については、労働安全衛生法により定期に実施することが義務付けられた常時使用する労働者に該当しない看護師等も含めて、少なくとも1年以内ごとに1回、事業主の費用負担により実施しなければならない。

- ④ 「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。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業所については、4月目以降届出が可能となる
- ⑤ 前3月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出（加算の取り下げ）を提出しなければならない。
- ⑥ 「勤続年数」とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいう。
- ⑦ 「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、同一法人等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。
- ⑧ 同一の事業所において介護予防訪問看護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこと。

【算定要件】

（1）イ及びロを算定する場合

- （一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：6単位（1回につき）
指定訪問看護事業所の体制が算定要件の①～③に適合し、かつ、④に適合する場合
- （二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：3単位（1回につき）
指定訪問看護事業所の体制が算定要件の①～③に適合し、かつ、⑤に適合する場合

（2）ハを算定する場合

- （一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：50単位（1月につき）
指定訪問看護事業所の体制が算定要件の①～③に適合し、かつ、④に適合する場合
- （二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：25単位（1月につき）
指定訪問看護事業所の体制が算定要件の①～③に適合し、かつ、⑤に適合する場合

- ① 指定訪問看護事業所の全ての看護師等（看護職員及び理学療法士等をいう。以下同じ。）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も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定期的に開催すること。
- ③ 当該指定訪問看護事業所の全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的実施すること。
- 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7年以上の者の占める割合が30%以上であること。
- ⑤ 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30%以上であること。

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)

307-292単位

※1週に6回を限度として算定が認められる訪問リハビリテーションについて、退院・退所直後のリハビリテーションの充実を図る観点から、退院・退所の日から起算して3月以内の利用者に対し、医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は週12回まで算定が可能となりました。

- ・通院が困難な利用者に対して、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、計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。
- ・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。
- ・利用者が指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を行った日に、訪問リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療を行った場合には、当該診療と時間を別にして行われていることを記録上明確にする必要がある。診療報酬との二重評価にならないための規定である。

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

1回につき -50-20単位

(ポイント)

- ・事業所外の医師に求められる「適切な研修の終了等」については、令和3年3月31日までとされている適用猶予措置期間が3年間延長されました。
- ・指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、当該事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問リハビリテーション計画書を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、当該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を実施した場合について、例外として基本報酬に50-20単位を減じたもので評価したものである。

- ・指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、当該事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問リハビリテーション計画書を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、当該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を実施した場合について、例外として基本報酬に50-20単位を減じたもので評価したものである。

2 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

(ポイント)

- ・「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・③ 所定単位数に90/100を乗じた単位数

② 所定単位数に85/100を乗じた単位数

①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く。)

②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合

③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者

(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

【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、道路や河川等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

【利用者の人数】要件は実人数で確認すること(回数ではない)。

※この減算が適用される場合、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こととなるので注意すること。

3 特別地域加算

※体制届の提出が必要

(ポイント)

所定単位数に15/100加算

- ・別に厚生労働大臣が定める地域に所在する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を行った場合には、特別地域訪問リハビリテーション加算として、1回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。

4 中山間地域等における小規模事業所加算

※岡山市に所在する事業所は算定できません。

所定単位数に10/100加算

- ・別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準(1月当たり延べ訪問回数が30回以下)に適合する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を行った場合は、1回につき100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

5 中山間地域等に居住する者へサービスを提供した事業所への加算

※体制届の提出は必要ありません。

(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。

6 短期集中リハビリテーション実施加算

※体制届の提出が必要

(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。

7 介護予防短期集中リハビリテーション実施加算

※体制届の提出が必要

(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）。

8 リハビリテーションマネジメント加算

※体制届の提出が必要

※算定要件等は集団指導資料別冊3 (1) ②リハビリテーションマネジメント加算の見直し①~参照

(訪問リハビリテーション)

リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ	180単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ	213単位/月 (新設)
リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ	450単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ	483単位/月

(介護予防)

リハビリテーションマネジメント加算	廃止
-------------------	----

【算定要件等】

<リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ>

- ・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算Ⅱと同要件を設定

<リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ>

- ・ リハビリテーションマネジメント加算 (A) イの要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提出に当って、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ>

- ・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算Ⅲと同要件を設定

<リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ>

- ・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算Ⅳと同要件を設定

- ・ 指示箋に「リハビリ」とだけあるような指示は、今回改正の趣旨「医師の指示の明確化」の観点から、この加算の算定要件を満たしません。

9 介護予防リハビリテーションマネジメント加算 (廃止)

10 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、保険医療機関等の医師が、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。

「保険医療機関等の医師」には、介護老人保健施設及び介護医療院の医師は含まれません。

1 1 介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算 ※体制届の提出が必要

(ポイント)

- ・定員利用・人員基準に適合しているものとして岡山市に届け出てリハビリテーションマネジメント加算を算定していること
- ・利用実人員数が10名以上であること
- ・利用実人員数の60%以上にリハビリテーションマネジメント加算を算定していること
- ・以下の数式を満たすこと（リハビリテーションマネジメント加算を3月以上算定した者の要支援状態の維持・改善率）

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内（前年の1月～12月）に、リハビリテーションマネジメントを3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

評価対象期間内（前年の1月～12月）に、リハビリテーションマネジメントを3月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数

届出後すぐに算定できる加算ではありません。

「申出」の体制届の届出後、一定期間後に算定の可否が判明するものです。

1 2 移行支援加算 **社会参加支援加算**

×算定要件について、毎年確認していない。

×算定要件について、確認した記録を保存していない。

※体制届の提出が必要

※算定要件については**集団指導資料別冊3（1）⑤「社会参加支援加算の見直し」参照**

（単位数に変更なし） 1.7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。

- ・ 定員利用・人員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リハビリテーションマネジメント加算を算定していること
- ・ 利用実人員数が10名以上であること
- ・ 利用実人員数の60%以上にリハビリテーションマネジメント加算を算定していること
- ・ 以下の数式を満たすこと（リハビリテーションマネジメント加算を3月以上算定した者の要支援状態の維持・改善率）

「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。

13 サービス提供体制強化加算

※体制届の提出が必要

※算定要件は集団指導資料別冊4（1）③「サービス提供体制強化加算の見直し」参照

（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。

1.4 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。

※ リハビリテーションの指示について、厚労省の給付費分科会資料によれば、「リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていた者を比較すると、後者でより大きい機能回復がみられていた。」とされています。より質の高いサービス提供のため、具体性のある指示に努めてください。

第3 居宅療養管理指導

※居宅療養管理指導における「通院が困難なもの」の取扱いが明確化されました。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる利用者は、通院は容易であると考えられるため、これらの利用者については算定ができないこととなりました。
(集団指導資料別冊5(1)⑥「居宅療養管理指導における通院が困難なもの」の取扱いの明確化」参照

※サービス提供の状況や移動時間、滞在時間等の効率性を勘案し、より実態を踏まえた評価とする観点から、単一建物居住者の人数に応じた評価について見直しがなされました。
(集団指導資料別冊「居宅療養管理指導の基本報酬」及び「居宅療養管理指導の算定構造」参照)

1 単一建物居住者について

(ポイント)

- ・単一建物居住者とは、
「当該利用者が居住する建築物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の医師等が、同一月に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者をいう。

人数により、下記の3区分に分かれる構成となっています。

- (1) 単一建物居住者1人に対して行う場合
- (2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合
- (3) (1)及び(2)以外の場合

なお、医師が行う場合については、医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対しての区分(Ⅱ)が設けられています。

2 特別地域加算

※体制届の提出が必要

(ポイント)

所定単位数に15/100加算

- ・別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定居宅療養管理指導事業所の医師等が指定居宅療養管理指導を行った場合には、特別地域居宅療養管理指導加算として、1回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。

3 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

※平成30年4月1日現在、岡山市内に所在する事業所は算定できません

(ポイント)

所定単位数に10/100加算

- ・別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準(1月当たり延べ訪問回数が50回以下)に適合する指定居宅療養管理指導事業所の医師が指定居宅療養管理指導を行った場合は、1回につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

4 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

※体制届の提出が必要

(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、指定居宅療養管理指導を行った場合は、1回につき所定単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算する。
- ・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。

5 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）。

6 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されていない。

(ポイント)

- ・医師、歯科医師、薬剤師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。
- ・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、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でよい。
(厚労省平成24年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (H24. 3. 16付) 問54)

※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、メールやファックスでの提供もとめられていることを踏まえ、適切に情報提供を行うこと。まとめて情報提供することは認められない。

※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。

7 医師・歯科医師が行う居宅療養管理指導について

※**集団指導資料2(3)①「基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進」**参照

(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。(H30青本 p134)

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。

※「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。
※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 薬剤師が行う居宅療養管理指導について

※**集団指導資料2(3)①「基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進」、4(2)⑤「薬剤師による情報機器を用いた服薬指導の評価」参照**

(ポイント)

※**情報通信機器を用いた服薬管理指導の評価が創設されました。**

情報通信機器を用いた場合 **45単位/回(月1回まで)**
(算定要件)

○対象利用者

- ・在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された利用者
- ・居宅療養管理指導費が月1回算定されている利用者

○主な算定要件

- ・薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- ・訪問診療を行った医師に対して、情報通信機器を用いた服薬指導の結果について必要な情報提供を行うこと。

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。

⑤、⑥については、毎回すべての項目について情報を記載することまでは要しませんが、サービス提供の当初から全く記載のない項目が認められるような記録は、適切な指導の前提を欠いている不適切なものと考えられます。

※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。

9 管理栄養士の行う居宅療養管理指導について

※**集団指導資料2(3)①「基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進」参照**

(ポイント)

※**当該事業所以外の他の医療機関・介護保険施設・日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」と連携して、当該事業所以外の管理栄養士が居宅療養管理指導を実施した場合の区分が新たに設置されました。**

※介護保険施設は、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限ります。

二 管理栄養士が行う場合

(2) 居宅療養管理指導費(Ⅱ)

当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合

- 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 (H30赤本P120)
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)」(H30緑本p878)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、痛風食、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。

※ 訪問介護との連携

厚労省通知「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の「1 身体介護」中、「1-1-3 特段の専門的配慮をもって行う調理」については、「嚥下困難者のための流動食」以外に、利用者等告示に定める特別食も対象。

国発出のQ&Aにあるように、「例えば、医師の具体的な指示に基づく管理栄養士の居宅療養管理指導に沿った調理を行うなど、居宅療養管理指導事業所等との連携が重要であることに留意されたい。（H14.3.28事務連絡 運営基準等に係るQ&A）」とあるように、調理にあたっての食事内容については連携と配慮を要するものです。

10 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導について

※**集団指導資料2（3）①「基本方針を踏まえた居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進」参照**

（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、歯科保健のための食生活指導等）、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受け、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）（H30緑本P946）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。

特掲診療料の施設基準等別表第7号に掲げる疾病等

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
 - ・ パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって、生活機能障害度がII度又はIII度のものに限る）
10. 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
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及び急性増悪期の場合

「介護保険」の特定疾病（介護保険法施行令第2条）

40歳以上65歳未満の2号被保険者が要介護・要支援認定を申請できる疾病

1. 末期のがん（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）
2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症
4. 後縦靭帯骨化症
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およびパーキンソン病
8. 脊髄小脳変性症
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老病
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

岡山市 保健福祉局 事業者指導課 宛
FAX番号 086-221-3010

電話・FAX番号・メールアドレス 変更届

下記のとおり電話・FAX番号・メールアドレスが変更になりましたので、
お知らせします。

記

法人名 _____

事業所名 _____

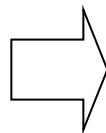
介護保険事業所番号 _____

旧番号

電話番号	
FAX番号	
メール アドレス	

新番号

電話番号	
FAX番号	
メール アドレス	



【質問票】

令和 年 月 日
岡山市事業者指導課あて
Fax:086(221)3010

事業所名			
サービス種別		事業所番号	33
所在地			
Tel		Fax	
担当者名		職名	
【質問】			
【回答】			