

令和3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〕

令和4年3月

岡山市保健福祉局 高齢福祉部 事業者指導課

目 次

事業者指導課（訪問居宅事業者係）からのお知らせ	1
1 主な関係法令について	3
2 人員、設備、運営に関する基準	
I 総則	5
II 訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導	6
III 雑則	22
3 介護報酬の算定及び取扱い	
I 居宅サービス単位数表に関する通則事項	24
II 訪問看護	25
III 訪問リハビリテーション	34
IV 居宅療養管理指導	50

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

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

(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、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のでご注意ください。

(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、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。

2 自己点検シートの実施について

事業者の法令順守の取り組みの1つとして、自己点検シートをご活用ください。

3 各種様式及び資料について

下記の岡山市事業者指導課ホームページに掲載しています。

- 各種様式等の掲載先URL
https://www.city.okayama.jp/soshiki/16-3-1-0-0_9.html

- 検索ワード

「岡山市 事業者指導課 介護保険事業所 トップページ」

4 疑義照会（ご質問）について

疑義照会・ご質問は、「質問票」へ内容とご連絡先をご記入の上、Eメール又はFAXでお問い合わせください。

- 質問票の書式（エクセル）掲載先URL

<https://www.city.okayama.jp/jigyosha/0000022930.html>

- 検索ワード 「岡山市 事業者指導課 質問票」

- 送信先アドレス `ji2_shidou@city.okayama.lg.jp`

- FAX 086-221-3010

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3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 令和3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 令和3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
- ・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

2 人員、設備、運営に関する基準

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。

〔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）〕

I 総則

■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。

ただし、男女雇用機会均等法 第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）、又は育児・介護休業法 第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法の計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。

(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。

ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の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。

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であって、当該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。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法 第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法 第2条第1号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第2号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置等による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

(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。

Ⅱ 訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導

■基本方針

訪問看護

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

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

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。

■人員に関する基準

訪問看護

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

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、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

- ・ 事業者は、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

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、介護保険上、事業所に置くべき従業者の職種が「薬剤師」のみとなっているため、管理栄養士がサービスを提供することはできません。

■設備に関する基準

訪問看護

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

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つて、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、サービス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

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つて、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。

■運営に関する基準

1 内容及び手続の説明及び同意

(3 サービス共通)

- 事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、職員等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記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。
- 事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、前項の規定による文書の交付に代えて、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの(以下この条において「電磁的方法」という。)により提供することができる。この場合において、当該事業者は、当該文書を交付したものとみなす。
 - (1) 電子情報処理組織を使用する方法のうちア又はイに掲げるもの
 - ア 事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法
 - イ 事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された前項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法(電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法)
 - (2) 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法
- 前項に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。
- 「電子情報処理組織」とは、指定訪問介護事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。
- 事業者は、重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。
 - (1) 前項(1)(2)に規定する方法のうち事業者が使用するもの
 - (2) ファイルへの記録の方式
- 前項の規定による承諾を得た事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び承諾をした場合は、この限りでない。

2 受給資格等の確認

(3 サービス共通)

- ・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してください。
 - 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てください。

- ※ 給付制限の有無、介護支援専門員の欄も確認してください。
- ※ 更新時期は特に介護保険負担割合証の負担割合の変更にご注意ください。

3 サービスの提供の記録

(3 サービス共通)

- ・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ります。
- ・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 サービスの具体的取扱方針

訪問看護

- 1 指定訪問看護の提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び訪問看護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。
- 2 指定訪問看護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。
- 3 指定訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、これを行う。
- 4 指定訪問看護の提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行う。
- 5 特殊な看護等については、これを行ってはならない。

訪問リハビリテーション <令和3年度：改定>

指定訪問リハビリテーションの提供は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うものとし、その方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 1 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。
- 2 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。
- 3 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。
- 4 それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告する。
- 5 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（次条第1項に規定する訪問リハビリテーション計画又は第115条第1項に規定する通所リハビリテーション計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、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（法第8条第23項に規定する指定居宅サービス等をいう。）の担当者その他の関係者（以下「構成員」という。）により構成される会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、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

る情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

【解釈通知（四－３－（２））】

- ② 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行うこと。
- ⑦ 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、介護の工夫などの情報を伝達していること。
- ⑧ 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。

リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この⑧において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「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」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

※リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないよう留意すること。

指定居宅療養管理指導

◇ 医師又は歯科医師の行う指定居宅療養管理指導

次に掲げるところによるものとする。

- ① 指定居宅療養管理指導の提供にあたっては、訪問診療等により常に利用者の病状及び心身の状況を把握し、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いて、居宅介護支援事業者に対する居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供並びに利用者又はその家族に対し、居宅サービスの利用に関する留意事項、介護方法等についての指導、助言等を行う。
- ② 指定居宅療養管理指導の提供にあたっては、利用者又はその家族からの介護に関する相談に懇切丁寧に応ずるとともに、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項等について、理解しやすいように指導又は助言を行う。
- ③ ②に規定する利用者又はその家族に対する指導又は助言については、療養上必要な事項等を記載した文書を交付するよう努めなければならない。

- ④ 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合又は居宅介護支援事業者若しくは居宅サービス事業者から求めがあった場合は、居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者に対し、居宅サービス計画の作成、居宅サービスの提供等に必要な情報提供又は助言を行う。
- ⑤ ④に規定する居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者に対する情報提供又は助言については、原則として、サービス担当者会議に参加することにより行わなければならない。
- ⑥ ⑤の場合において、サービス担当者会議への参加によることが困難な場合については、居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者に対して、原則として、情報提供又は助言の内容を記載した文書を交付して行わなければならない。
- ⑦ それぞれの利用者について、提供した指定居宅療養管理指導の内容について、速やかに診療録に記録する。

◇ 薬剤師の行う指定居宅療養管理指導

- ① 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、医師又は歯科医師の指示(薬局の薬剤師による指定居宅療養管理指導にあつては、医師又は歯科医師の指示に基づき当該薬剤師が策定した薬学的管理指導計画)に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、居宅における日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。
- ② 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。
- ③ 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。
- ④ 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合又は居宅介護支援事業者若しくは居宅サービス事業者から求めがあった場合は、居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者に対し、居宅サービス計画の作成、居宅サービスの提供等に必要な情報提供又は助言を行う。
- ⑤ 前号に規定する居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者に対する情報提供又は助言については、原則として、サービス担当者会議に参加することにより行わなければならない。
- ⑥ 前号の場合において、サービス担当者会議への参加によることが困難な場合については、居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者に対して、原則として、情報提供又は助言の内容を記載した文書を交付して行わなければならない
- ⑦ それぞれの利用者について、提供した指定居宅療養管理指導の内容について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告する。

◇ 歯科衛生士又は管理栄養士の行う指定居宅療養管理指導

- ① 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、居宅における日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。
- ② 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。
- ③ 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。
- ④ それぞれの利用者について、提供した指定居宅療養管理指導の内容について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告する。

5 サービス計画の作成

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

- ① 看護師等(准看護師を除く。)は、利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況等を踏まえて、次の内容を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。
 - ア 利用者の希望、主治医の指示
 - イ 看護の目標
 - ウ 当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等
- ② 看護師等は、既に居宅サービス計画等が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って訪問看護計画書を作成しなければならない。
- ③ 看護師等は、訪問看護計画書の作成に当たっては、その主要な事項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 看護師等は、訪問看護計画書を作成した際には、当該訪問看護計画書を利用者に交付しなければならない。
- ⑤ 看護師等は、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成しなければならない。
- ⑥ 指定訪問看護事業所の管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。

【解釈通知】 <令和3年度：改定>

居宅サービス計画に基づきサービスを提供している訪問看護事業者については、当該居宅サービス計画を作成している居宅介護支援事業者から訪問看護計画の提供の求めがあった際は、当該訪問看護計画を提供することに協力するよう努めるものとする。

看護師等は、訪問看護計画書の作成に当たっては、その内容及び理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士による訪問看護については、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるものであること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、当該訪問看護計画書を利用者に交付しなければならない。

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問看護を提供している利用者については、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供する内容についても、一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が連携し作成すること。具体的には、訪問看護計画書には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供するものも含め訪問看護の内容を一体的に記載するとともに、訪問看護報告書には訪問日や主な内容を記載することに加え、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した指定訪問看護の内容とその結果等を記載した文書を添付すること。

訪問リハビリテーション計画の作成

- 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。
- 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しなければならない。
- 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を作成

した際には、当該訪問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。

- ⑤ 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（第111条第1項に規定する指定通所リハビリテーション事業者をいう。）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115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。

【解釈通知】〈令和3年度：改定〉

- ① 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こととしたものである。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。なお、既に居宅サービス計画等が作成されている場合には、当該計画等に沿って訪問リハビリテーション計画を立案すること。**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 訪問リハビリテーション計画の作成にあたっては①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の提供を受けて、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ものとする。
- ③ （略）
- ④ 訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。なお、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ものとする。
- ⑤ 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あり、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、医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該計画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、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。なお、交付したリハビリテーション計画書は、居宅基準第82条の2第2項の規定に基づき、5年間保存しなければならない。
- ⑥ 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、リハビリテーション会議の開催等を通じて、指定訪問リハビリテーション及び指定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、居宅基準第115条第1項から第4項の基準を満たすことによって、居宅基準第81条第1項から第4項の基準を満たしているとみなすことができることとしたものであること。
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、目的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。

⑦ 指定訪問リハビリテーション及び指定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、居宅基準第80条第4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。

⑧ (略)

※第三の一の三の(13)の⑥

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第12号において、「介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする」と規定していることを踏まえ、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定訪問リハビリテーション事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から訪問リハビリテーション計画の提供の求めがあった際には、当該訪問リハビリテーション計画を提供することに協力するよう努めるものとする。

◇リハビリテーション実施計画書（令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（R3.3.23）

（問22）報酬告示又は予防報酬告示の留意事項通知において、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）の別紙様式2-2-1を用いることとされている。別紙様式2-2-1はBarthel Index が用いられているが、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で合意している場合には、FIM（Functional Independence Measure）を用いて評価してもよいか。

（答）・医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供に当たっては別紙様式2-2-1を用いる必要があるが、Barthel Index の代替としてFIMを用いる場合に限り変更を認める。

・なお、様式の変更に当たっては、本件のように情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。

6 運営規程

※ 利用者に説明・交付する重要事項説明書と運営規程の内容に齟齬がないようご注意ください。

※ 従業員の員数は、人員基準において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えありません。利用者に交付する重要事項説明書に記載する従業員数についても同様です。

訪問看護

- (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) 通常の事業の実施地域
- (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

- (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) 通常の事業の実施地域
- (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

- (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) 通常の事業の実施地域
- (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

7 勤務体制の確保

ハラスメント対策 <令和3年度：改定>

(3サービス共通)

事業者は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければなりません。

※雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第11条第1項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和41年法律第132号）第30条の2第1項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定されました。事業主が講ずべき措置の具体的な内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりです。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれます。

イ 事業主が講ずべき措置の具体的な内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき

措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりです。

a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

b 相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努めてください。

ロ 事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されています。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましいです。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているのを参考にしてください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html

加えて、都道府県において、地域医療介護総合確保基金を活用した介護職員に対する悩み相談窓口設置事業や介護事業所におけるハラスメント対策推進事業を実施している場合、事業主が行う各種研修の費用等について助成等を行っていることから、事業主はこれらの活用も含め、介護事業所におけるハラスメント対策を推進することが望ましいです。

8 業務継続計画の策定等 <令和3年度：改定>

(3 サービス共通)

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければなりません。

事業者は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければなりません。

事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行ってください。

①事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続してサービスの提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、従業者に対して、

必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものです。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。また、感染症や災害が発生した場合には、従業員が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業員が参加できるようにすることが望ましいです。

なお、業務継続計画の策定等に係る義務付けの適用に当たっては、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

- ②業務継続計画には、以下の項目等を記載してください。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照してください。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定してください。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定しても差し支えありません。

イ 感染症に係る業務継続計画

- a 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
- b 初動対応
- c 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

ロ 災害に係る業務継続計画

- a 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
- b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
- c 他施設及び地域との連携

- ③研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行ってください。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましいです。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えありません。

- ④訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施してください。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えありません。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。

9 衛生管理等 <令和3年度：改定>

(3サービス共通)

- (1) 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りません。
- (2) 事業者は、従業員が感染源となることを予防し、また従業員を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備えるなど対策を講じる必要があります。
- (3) 事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように以下の措置を講じなければなりません。（令和6年3月31日までは努力義務）
 - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ話装

置等を活用して行うことができるものとする。)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

※感染対策委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者(以下「感染対策担当者」という。)を決めておくことが必要です。

感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要があります。

※感染対策委員会は、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。以下同じ。)を活用して行うことができます。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「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」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

※感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。また、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。

②事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

※指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定してください。

※平常時の対策としては、事業所内の衛生管理(環境の整備等)、ケアにかかる感染対策(手洗い、標準的な予防策)等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定されます。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要です。

なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照してください。

③事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施してください。

※研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育(年1回以上)を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましいです。また、研修の実施内容についても記録することが必要です。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練(シミュレーション)を定期的(年1回以上)に行うことが必要です。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとします。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。

10 掲示<令和3年度：改定>

(3サービス共通)

事業者は運営規程の概要、従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項を、事業所内の見やすい場所に掲示しなければならない。

(重要事項を記載したファイル等を介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で事業所内に備え付けることで掲示に代えることができます。)

1 1 秘密保持等

(3 サービス共通)

従業者又は従業者であった者は正当な理由なく、業務上知り得た利用者・家族の秘密を漏らしてはならず、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

1 2 苦情処理

(3 サービス共通)

事業者は苦情受付窓口を設置するなどして利用者・家族からの苦情に迅速・適切に対応し、苦情の内容等を記録しなければならない。また、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め、質問・照会等に対応し、市町村が行う調査に協力するとともに、市町村・国保連からの指導・助言を受けた場合は、当該指導・助言に従って必要な改善を行い、その改善の内容を市町村等に報告しなければならない。

1 3 地域との連携等 <令和3年度：改定>

(3 サービス共通)

事業者は、サービス事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対してサービスを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービスの提供を行うよう努めなければならない。

1 4 事故発生時の対応

(3 サービス共通)

サービス提供により事故が発生した場合には、市町村・家族・居宅介護支援事業者等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して採った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行わなければならない。

1 5 虐待の防止<令和3年度：改定>

(3 サービス共通)

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければなりません。

- 1 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- 2 当該サービス事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 3 当該サービス事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- 4 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

居宅基準第37条の2は、虐待の防止に関する事項について規定したものです。虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、事業者は虐待の防止のために必要な措置を講じなければなりません。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊

重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じてください。

・虐待の未然防止

事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第3条の一般原則に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要があります。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要です。

・虐待等の早期発見

事業所の従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましい。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をしてください。

・虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、事業者は当該通報の手続きが迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めてください。

以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施してください。なお、当該義務付けの適用に当たっては、令和3年改正省令附則第2条において、3年間の経過措置を設けており、令和6年3月31日までの間は、努力義務とされています。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（第1号）

虐待防止検討委員会は、虐待等の発生防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に関催することが必要である。また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。

なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「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」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。

イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること

ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること

ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること

ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること

ホ 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること

ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること

ト 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

② 虐待の防止のための指針(第2号)

事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項
- ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

③ 虐待の防止のための従業者に対する研修(第3号)

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該サービス事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修(年1回以上)を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。

④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者(第4号)

サービス事業所における虐待を防止するための体制として、①から③までに掲げる措置を適切に実施するため、専任の担当者を置くことが必要である。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。

16 記録の整備

訪問看護

- (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

- (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

- (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

Ⅲ 雑則

電磁的記録等 <令和3年度：改定>

(3サービス共通)

- 1 指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この省令の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（第十一条第一項（第三十九条の三、第四十三条、第五十四条、第五十八条、第七十四条、第八十三条、第九十一条、第一百五條、第一百五條の三、第一百九條、第一百九條、第一百四十條（第一百四十條の十三において準用する場合を含む。）、第一百四十條の十五、第一百四十條の三十二、第一百五十五條（第一百五十五條の十二において準用する場合を含む。）、第一百九十二條、第一百九十二條の十二、第二百五條、第二百六條及び第二百六條において準用する場合を含む。）及び第一百八十一條第一項（第一百九十二條の十二において準用する場合を含む。）並びに次項に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁氣的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。
- 2 指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁氣的方法その他の人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

※ 電磁的記録について

居宅基準第217条第1項及び予防基準第293条第1項は、指定居宅サービス事業者及び指定居宅サービスの提供に当たる者等（以下「事業者等」という。）の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、事業者等は、この省令で規定する書面（被保険者証に関するものを除く。）の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができることとしたものである。

- (1) 電磁的記録による作成は、事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録

する方法または磁気ディスク等をもって調製する方法によること。

- (2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
 - ①作成された電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
 - ②書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
- (3) その他、居宅基準第217条第1項及び予防基準第293条第1項において電磁的記録により行うことができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法によること。
- (4) また、電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「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」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

※ 電磁的方法について

居宅基準第217条第2項及び予防基準第293条第2項は、利用者及びその家族等（以下「利用者等」という。）の利便性向上並びに事業者等の業務負担軽減等の観点から、事業者等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等（交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。）について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとしたものである。

- (1) 電磁的方法による交付は、居宅基準第8条第2項から第6項まで及び予防基準第49条の2第2項から第6項までの規定に準じた方法によること。
- (2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日 内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- (3) 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日 内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- (4) その他、居宅基準第217条第2項及び予防基準第293条第2項において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法によること。ただし、居宅基準若しくは予防基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- (5) また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「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」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

3 介護報酬の算定及び取扱い

I 居宅サービス単位数表に関する通則事項

[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）]

(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。

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同一建物減算を算定する場合には、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。

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。

なお、サービスコードについては、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算を除く加算等を加えた一体型の合成コードとして作成しており、その合成単位数は、既に端数処理をした単位数（整数値）である。

(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、**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。

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。

(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、介護療養型医療施設も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。

施設入所（入院）者が外泊又は介護保険施設、経過的介護療養型医療施設も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が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) 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。

(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。

II 訪問看護

1 介護保険と医療保険の関係

(介護保険優先の原則)

[高齢者の医療の確保に関する法律第57条第1項]

訪問看護療養費の支給は、介護保険法の規定によって、それぞれの給付に相当する給付を受けることができる場合には、行わない。

➡要介護・要支援者については、原則として、介護保険の給付は医療保険の給付に優先する。

(介護保険の給付の対象となる場合)

[介護保険法第7条・第9条・第27条・第32条]

- ① 65歳以上の者（第1号被保険者）で、要介護・要支援状態にあると認定を受けた者
- ② 40歳以上65歳未満の医療保険加入者（第2号被保険者）で、要介護・要支援状態にあり、その原因が特定疾病によって生じたものであると認定を受けた者

(医療保険の給付の対象となる場合)

[留意事項通知：老企第36号第2の4(6)(7)(19)]

- 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については、医療保険の給付の対象となるものであり、訪問看護費は算定しない。
- ② 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（以下「精神科訪問看護」という。）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、訪問看護費を算定することはできない。

なお、月の途中で利用者の状態が変化したことにより、医療保険の精神科訪問看護から介護保険の訪問看護に変更、又は介護保険の訪問看護から医療保険の精神科訪問看護に変更することは可能であるが、こうした事情によらず恣意的に医療保険と介護保険の訪問看護を変更することはできない。

- ③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日間を限度として医療保険の給付対象となるものであり、訪問看護費は算定しない。

◆退所・退院日の訪問看護の取扱い（例外規定）

〔留意事項通知：老企第36号第2の4（20）〕

介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院及び医療機関を退所・退院した日については、上記（3）に関わらず、厚生労働大臣が定める状態にある利用者又は主治の医師が退所・退院した日に訪問看護が必要であると認める利用者に関し、訪問看護費を算定できる。

短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）においても同様である。

◆医療保険の訪問診療との関係〔緑本Q&A〕

医療保険による訪問診療を算定した日において、介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーションが別の時間帯に別のサービスとして行われる場合に限り、それぞれ算定できる。

2 訪問看護単位数表

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号〕〔介護予防算定基準：厚生省告示第127号〕

イ 指定訪問看護ステーションの場合	<訪問看護>	<介護予防>
（1）所要時間20分未満	： 313 単位	302 単位
（2）所要時間30分未満	： 470 単位	450 単位
（3）所要時間30分以上1時間未満	： 821 単位	792 単位
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満	： 1,125 単位	1,087 単位
（5）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問	： 293 単位	283 単位

ロ 病院又は診療所の場合	<訪問看護>	<介護予防>
（1）所要時間20分未満	： 265 単位	255 単位
（2）所要時間30分未満	： 398 単位	381 単位
（3）所要時間30分以上1時間未満	： 573 単位	552 単位
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満	： 842 単位	812 単位

ハ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合 : 2,954 単位

3 20分未満の訪問看護

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注1〕〔介護予防算定基準：厚生省告示第127号注1〕

	<訪問看護>	<介護予防>
（1）指定訪問看護ステーションの場合 : (1回につき)	313 単位	302 単位
指定訪問看護を24時間行うことができる体制を整え、居宅サービス計画又は訪問看護計画書の中に、20分以上の指定訪問看護が週1回以上含まれている場合		
	<訪問看護>	<介護予防>
（2）病院又は診療所の場合 : (1回につき)	265 単位	255 単位
同上		

◆20分未満の訪問看護の取扱い

〔留意事項通知：老企第36号第2の4（3）〕

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分以上の保健師又は看護師による訪問看護を週1回以上含む設定とすること。

なお、20分未満の訪問看護は、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。

◆20分未満の訪問看護における具体的な看護行為について

[緑本Q&A]

- ・気管内吸引、導尿や経管栄養等の医療処置の実施等を想定している。なお、単に状態確認や健康管理等のサービス提供の場合は、算定できない。
- ・また、高齢者向けの集合住宅等において、単に事業所の効率の向上のみを理由として、利用者の状態等を踏まえずに、本来20分以上の区分で提供すべき内容の訪問看護を複数回に分け提供するといった取扱いは、適切ではない。

4 訪問看護の所要時間

[留意事項通知：老企第36号第2の4(3)]

訪問看護は、在宅の要介護者の生活パターンや看護の必要性に合わせて提供されるべきであることから、単に長時間の訪問看護を複数回に区分して行うことは適切ではない。そのため、次のような取扱いとして行うこと。

- ① 前回提供した訪問看護からおおむね2時間未満の間隔で訪問看護を行う場合(20分未満の訪問看護及び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。
- ② 1人の看護職員(保健師、看護師又は准看護師をいう。以下同じ。)が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を行った場合には、当該訪問看護の所要時間を合算する。なお、当該訪問看護の提供時間を合算した場合に、准看護師による訪問看護が含まれる場合には、准看護師による訪問看護費(所定単位数×90%)を算定する。
- ③ 1人の看護職員又は理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が訪問看護を行った後に、続いて他の職種の看護職員又は理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が訪問看護を実施した場合は、職種ごとに算定できる。
- ④ なお、1人の利用者に対して、連続して訪問看護を提供する必要性については、適切なケアマネジメントに基づき判断すること。

5 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護

293単位(1回につき) 訪問看護

283単位(1回につき) 介護予防訪問看護

◆理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の取扱い

[留意事項通知：老企第36号第2の4(4)]

- ①理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置付けのものである。
- ②理学療法士等による訪問看護は、1回当たり20分以上訪問看護を実施することとし、1人の利用者につき週に6回を限度として算定する。
- ③理学療法士等が訪問看護を提供している利用者については、毎回の訪問時において記録した訪問看護記録書等を用い、適切に訪問看護事業所の看護職員及び理学療法士等の間で、利用者の状況、実施した内容を共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員(准看護師を除く。)と理学療法士等が連携し作成すること。
また、主治医に提出する計画書及び報告書は、理学療法士等が実施した内容も一体的に記載するものとし、報告書には、理学療法士等が提供した訪問看護の内容とその結果等を記載した文

書を添付すること。

- ④複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、計画書及び報告書の作成にあたっては、当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成すること。
- ⑤計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うこと。
- ⑥⑤における、訪問看護サービスの利用開始時とは、利用者が過去2月間（暦月）において、当該訪問看護事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む。）の提供を受けていない場合であって、新たに計画書を作成する場合をいう。
また、利用者の状態の変化等に合わせた定期的な訪問とは、主治医からの訪問看護指示書の内容が変化する場合や、利用者の心身状態や家族等の環境の変化等の際に訪問することをいう。

◆理学療法士等による訪問看護について（1度の訪問で複数回の実施）

〔緑本Q&A〕

20分以上を1回として、1度の訪問で複数回の実施が可能である。例えば、1度で40分以上の訪問看護を行った場合は、2回分の報酬を算定できる。

◆理学療法士等による訪問看護について（定期的な看護職員による訪問）

〔緑本Q&A〕

〔一般社団法人全国訪問看護事業協会：訪問看護実務相談Q&A〕

- ・訪問看護サービスの「利用開始時」については、利用者の心身の状態等を評価する観点から、初回の訪問は、理学療法士等の所属する訪問看護事業所の看護職員が行うことを原則とする。
- ・また、「定期的な看護職員による訪問」については、訪問看護指示書の有効期間が6月以内であることを踏まえ、少なくとも概ね3ヶ月に1回程度は、当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うものとする。

なお、当該事業所の看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ訪問看護費の算定までを求めるものではないが、訪問看護費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

- ➔ 看護職員による訪問については、ケアプランに位置づけた場合には訪問看護費を算定できるが、訪問の内容がアセスメントのためだけでは、訪問看護費を算定することはできない。看護職員が予定されているケアの一環として訪問する場合は、ケアプランに基づき訪問看護費を算定できる。

6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合（体制届出要）

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注2〕

2, 954単位（1月につき）

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護と連携して指定訪問看護を行い、通院が困難な利用者に対して、その主治の医師の指示及び訪問看護計画書に基づき、指定訪問看護事業所の看護師等が、指定訪問看護を行った場合

※（月のうち1回でも）准看護師が指定訪問看護を行った場合は、所定単位数×98%を算定する。

※看護職員が利用者（要介護状態区分が要介護5である者に限る。）に対して指定訪問看護を行った場合は、1月につき800単位を加算する。

◆定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合の取扱い

〔留意事項通知：老企第36号第2の4（5）〕

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携については、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ことが必要である。
- ②定期巡回・随時対応型訪問介護看護の報酬は、月額定額報酬であるが、次のような場合には次

のような取扱いとする。

- (一) 月の途中から訪問看護を利用した場合、又は月の途中で訪問看護の利用を終了した場合には、利用期間に対応した単位数（以下「日割り計算」という。）を算定する。
- (二) 月の途中で短期入所生活介護又は短期入所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。
- (三) 月の途中で要介護5から他の要介護度に変更となった場合、及び他の要介護度から要介護5に変更になった場合は、日割り計算により算定する。
- (四) 月途中で、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（利用者等告示第四号）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。

7 准看護師による訪問看護

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注1〕

所定単位数×90%（1回につき） 准看護師が指定訪問看護を行った場合

8 理学療法士等による訪問看護を1日に2回を超えて実施する場合

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注1〕〔介護予防算定基準：厚生省告示第127号注1〕

所定単位数×90%（1回につき） 訪問看護

所定単位数×50%（1回につき） 介護予防訪問看護

理学療法士等が1日に2回を超えて（3回以上）指定訪問看護を行った場合

◆理学療法士等による訪問看護を1日に2回を超えて（連続でない3回以上）実施する場合

〔緑本Q&A〕

1日に3回以上行う場合には、連続して行った場合に限らず、1回につき所定単位数×90%を算定する。（例えば、午前に2回、午後1回行った場合）

9 夜間早朝・深夜加算

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注3〕

- (1) 夜間早朝の場合 : 25%加算（1回につき）
夜間（18時～22時）又は早朝（6時～8時）に指定訪問看護を行った場合
- (2) 深夜の場合 : 50%加算（1回につき）
深夜（22時～6時）に指定訪問看護を行った場合

10 複数名訪問加算

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注4〕

- (1) 複数名訪問加算（Ⅰ）
複数の看護師等が同時に指定訪問看護を行った場合
 - (一) 所要時間30分未満 : 254単位（1回につき）
 - (二) 所要時間30分以上 : 402単位（1回につき）
- (2) 複数名訪問加算（Ⅱ）
看護師等と看護補助者が同時に指定訪問看護を行った場合
 - (一) 所要時間30分未満 : 201単位（1回につき）
 - (二) 所要時間30分以上 : 317単位（1回につき）

※ 同時に複数の看護師等により訪問看護を行うこと又は看護師等が看護補助者と同時に指定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いる場合であって、次の

いずれかに該当すること。

- イ 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
- ロ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる
- ハ その他利用者の状況等から判断して、イ又はロに準ずると認められる

1.1 長時間訪問看護加算（1時間30分以上の訪問看護）

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注5〕

300単位（1回につき）

特別な管理を必要とする利用者（厚生労働大臣が定める状態にある者に限る。）に対して、所要時間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分以上となる時

◆長時間訪問看護加算（1時間30分以上の訪問看護）の取扱い

〔留意事項通知：老企第36号第2の4（11）〕

長時間訪問看護加算は、保健師又は看護師が行う場合であっても、准看護師が行う場合であっても、同じ単位を算定する。

◆長時間訪問看護加算（1時間30分以上の訪問看護）の取扱い

〔緑本Q&A〕

- ・長時間訪問看護加算は、ケアプラン上1時間30分以上の訪問が位置付けられていなければ、算定できない。
- ・1時間30分を超過する場合には、訪問看護ステーションが定めた利用料を徴収できるが、長時間訪問看護加算を算定する場合は、当該利用料を徴収できない。

1.2 同一建物減算

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注6〕

（1）同一建物減算1：所定単位数×90%（1回につき）

- （一）指定訪問看護事業所の所在する建物と同一の敷地内もしくは隣接する敷地内の建物、もしくは指定訪問看護事業所と同一の建物（以下「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者
- （二）指定訪問看護事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）に居住する利用者

（2）同一建物減算2：所定単位数×85%（1回につき）

指定訪問看護事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者

1.3 緊急時訪問看護加算（体制届出要）

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注10〕

（1）緊急時訪問看護加算1：574単位（1月につき）

指定訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、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（24時間連絡できる体制）にあって、かつ、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体制にある場合

(2) 緊急時訪問看護加算2 : 315単位（1月につき）

医療機関（病院又は診療所）が、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体制にある場合

1.4 特別管理加算（体制届出要）

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注11〕

(1) 特別管理加算（Ⅰ） : 500単位（1月につき）

特別な管理を必要とする利用者（厚生労働大臣が定める状態のイにある者）に対して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合

(2) 特別管理加算（Ⅱ） : 250単位（1月につき）

特別な管理を必要とする利用者（厚生労働大臣が定める状態のロ、ハ、ニ、ホにある者）に対して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合

1.5 ターミナルケア加算（体制届出要）

〔居宅算定基準：厚生省告示第19号注12〕

2,000単位（死亡月につき）

在宅で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合（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。）

※当該加算を算定する事業所は、次のいずれにも適合すること。

- イ ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定訪問看護を行うことができる体制を整備していること。
- ロ 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について、利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ハ ターミナルケアの提供について、利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

※利用者が末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にある場合は、その死亡日及び死亡日前14日以内に1日以上ターミナルケアを行っていること。

【厚生労働大臣が定める状態】

次のいずれかに該当する状態

- イ 厚生労働大臣が定める疾病等（別紙2を参照のこと。）に該当する状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

16 理学療法士等が提供する介護予防訪問看護の利用が12月を超える場合

〔介護予防算定基準：厚生省告示第127号注13〕

介護予防訪問看護 所定単位数から5単位減算（1回につき）

理学療法士等による指定介護予防訪問看護の利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて理学療法士等が指定介護予防訪問看護を行った場合

◆理学療法士等が提供する介護予防訪問看護の利用が12月を超える場合

〔留意事項通知：老計発第0317001号第2の3（19）〕

理学療法士等が提供する介護予防訪問看護の利用が12月を超える場合は、介護予防訪問看護費から5単位減算する。なお、入院による中断があり、かつ、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。また、本取扱いについては、令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用されるものであること。

17 初回加算

300単位（1月につき）

新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、初回もしくは初回の指定訪問看護を行った日の属する月に指定訪問看護を行った場合

18 退院時共同指導加算

600単位（1回につき）

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院・入所中の者が退院・退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院時共同指導を行った後に、当該者の退院・退所後に当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合

※「退院時共同指導」とは、入院・入所中の者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供することをいう。

※退院・退所につき1回に限り算定できる。ただし、特別な管理を必要とする利用者（厚生労働大臣が定める状態にある者）については、退院・退所につき2回に限り算定できる。

※初回加算を算定する場合は、当該加算は算定できない。

19 看護・介護職員連携強化加算

250単位（1月につき）

指定訪問看護事業所が、たんの吸引等の登録を受けた指定訪問介護事業所と連携し、当該事業所の訪問介護員等が当該事業所の利用者に対するたんの吸引等を円滑に行うための支援を行った場合

20 看護体制強化加算（体制届必要）

訪問看護

（1）看護体制強化加算（I）：550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①②③⑤に適合する場合
(2) 看護体制強化加算(Ⅱ) : 200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①②④⑤に適合する場合

介護予防訪問看護

看護体制強化加算 : 100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①②⑤に適合する場合

【算定要件】

- ①算定日が属する月の前6月間において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が50%以上
- ②算定日が属する月の前6月間において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が20%以上
- ③算定日が属する月の前12月間において、指定訪問看護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が5名以上
- ④算定日が属する月の前12月間において、指定訪問看護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
- ⑤指定訪問看護の提供に当たる従業者の総数のうち、看護職員の占める割合が60%以上(経過措置あり。令和5年4月1日施行)

2.1 サービス提供体制強化加算(体制届必要)

(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

【算定要件】

- 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行うこと。
- 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に行うこと。
- 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。

Ⅲ 訪問リハビリテーション

1 訪問リハビリテーション単位数<令和3年度：改定>

イ 訪問リハビリテーション費（予防共通）（1回につき）307単位

◆算定基準

注1 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。

<令和3年度：改定>

◆算定基準留意事項

- ① 指定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当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該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、例外として、指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（指定訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の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、指定訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行う。
- ② 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う。
- ③ ②における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。
- ④ 指定訪問リハビリテーションは、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、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けていた患者が、介護保険の指定訪問リハビリテーションへ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から当該事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、指定訪問リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2-2-1をリハビリテーション計画書とみなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。
なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して3月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次の訪問リハビリテーション計画を作成する。
- ⑤ 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す。初回の評価は、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。
- ⑥ 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定訪問リハ

ビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載する。

- ⑦ 指定訪問リハビリテーションは、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。ただし、退院（所）の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定可能である。
- ⑧ 指定訪問リハビリテーション事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合にあって、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問して指定訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設又は介護医療院による指定訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設又は介護医療院において、施設サービスに支障のないよう留意する。
- ⑨ 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、介護の工夫などの情報を伝達する。
- ⑩ 居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録するものとする。
- ⑪ 利用者が指定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受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等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。

■「通院が困難な利用者」について

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、指定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指定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。「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、通所サービスを優先すべきということである。

注9（注8） 利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは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、地域密着型特定施設入居者生活介護若しくは地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護を受けている間は、訪問リハビリテーション費は、算定しない。

注10（注9） 別に厚生労働大臣が定める基準に適合してい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、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、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50単位を所定単位数から減算する。

◆算定基準留意事項

注10の取扱いについて

訪問リハビリテーション計画は、原則、当該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、当該医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が共同して作成するものである。

注10は、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単位を減じたもので評価したものである。

「当該利用者に関する情報の提供」とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式2-2-1のうち、本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、活動（基本動作、移動能力、認知機能等）、活動（ADL）、リハビリテーションの目標、リハビリテーション実施上の留意点等について、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。

■別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。

訪問リハビリテーション事業所の医師による診療を行わずに利用者に対して訪問リハビリテーションを行った場合の減算に係る基準

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が、当該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場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。
- (2) 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
- (3) 当該情報の提供を受けた指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成すること。

ロ イの規定に関わらず、令和3年4月1日から令和6年3月31日までの間に、イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合する場合には、同期間に限り、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問リハビリテーション費の注10を算定できるものとする。

(問26) 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利用者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から50単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

(答) 含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上（応用研修のうち、「応用研修第1期」の項目である「フレイル予防・高齢者総合的機能評価（CGA）・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」及び「応用研修第2期」の項目である「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際」「在宅リハビリテーション症例」「リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害」のうち、いずれか1単位以上を含むこと。）を取得又は取得を予定していればよい。また、別の医療機関の医師が訪問リハビリテーション事業所等の医師に情報提供をする際に下記を参考とした記載をすることが望ましい。

「適切な研修の修了等をしている。」

※平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 8）（平成31年2月5日）問1の修正。
（令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 2）（R3.3.23））

予防注10 利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防訪問リハビリテーションを行う場合は、1回につき5単位を所定単位数から減算する。

◆算定基準留意事項

予防注10の取扱いについて

指定介護予防訪問リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、介護予防訪問リハビリテーション費から5単位減算する。なお、入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。また、本取扱いについては、令和3年4月から起算して12月を超える場合から適用されるものであること。

(問121) 介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、当該事業所においてサービスを継続しているが、要介護認定の状態から要支援認定へ変更となった場合の取扱い如何。

(答) ・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が属する月をもって、利用が開始されたものとする。

・ただし、要支援の区分が変更された場合(要支援1から要支援2への変更及び要支援2から要支援1への変更)はサービスの利用が継続されているものとみなす。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3) (R3. 3. 26))

(問4) 介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、12月以上継続した場合の減算起算の開始時点はいつとなるのか。また、12月の計算方法は如何。

(答) ・当該サービスを利用開始した日が属する月となる。

・当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 6) (R3. 4. 15))

2 加算等

(1) 集合住宅に居住する利用者の減算(予防共通)

・100分の90(1回につき)(50人以上居住する建物の場合は100分の85)

◆算定基準

注2 指定訪問リハビリテーション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指定訪問リハビリテーション事業所と同一の建物(以下この注において「同一敷地内建物等」という。)に居住する利用者(指定訪問リハビリテーション事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者を除く。)又は指定訪問リハビリテーション事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物(同一敷地内建物等を除く。)に居住する利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定し、指定訪問リハビリテーション事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定する。

(2) 特別地域等に居住する者へのサービス提供加算(予防共通)

・特別地域訪問リハビリテーション加算…100分の15(1回につき)

・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算…100分の5(1回につき)

◆算定基準

注3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定訪問リハビリテーション事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の理学療法士、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、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。

※支給限度額管理の対象外

注5 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、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、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、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。

※支給限度額管理の対象外

◆算定基準留意事項

当該加算を算定する利用者については、交通費（指定基準第78条第3項）の支払をうけることはできない。

（3）短期集中リハビリテーション実施加算（予防共通） <令和3年度：改定>

・（1日につき）200単位

◆算定基準

注6 利用者に対して、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《疾患等》の治療《治療等》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又は法第19条第1項に規定する要介護《要支援》認定の効力が生じた日（当該利用者が新たに要介護《要支援》認定を受けた者である場合に限る。）から起算して3月以内の期間に、リハビリテーション《指定介護予防訪問リハビリテーション》を集中的に行った場合は、短期集中リハビリテーション実施加算として、1日につき200単位を所定単位数に加算する。

※《 》内は予防の算定基準

◆算定基準留意事項

- ① 短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力（起居、歩行、発話等を行う能力をいう。以下同じ。）及び応用的動作能力（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で行う能力をいう。以下同じ。）を向上させ、身体機能を回復するための集中的なりハビリテーションを実施するものであること。
- ② 「リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、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分以上実施するものでなければならない。

（4）リハビリテーションマネジメント加算（介護のみ）（体制届出要）

（A）イ 180 単位

（A）ロ 213 単位

（B）イ 450 単位

（b）ロ 483 単位

◆算定基準

注7 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者

が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ 180 単位

ロ リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ 213 単位

ハ リハビリテーションマネジメント加算(B)イ 450 単位

ニ リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ 483 単位

■別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。

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の基準

イ リハビリテーションマネジメント加算(A)イ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (1) 指定訪問リハビリテーション事業所（指定居宅サービス等基準第七十六条第一項に規定する指定訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。
- (2) (1)における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示の内容が(1)に掲げる基準に適合するものであると明確にわかるように記録すること。
- (3) 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。
- (4) 訪問リハビリテーション計画（指定居宅サービス等基準第八十一条第一項に規定する訪問リハビリテーション計画をいう。以下同じ。）について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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とともに、説明した内容等について医師へ報告すること。
- (5) 三月に一回以上、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。
- (6) 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（法第七条第五項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）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。
- (7) 次のいずれかに適合すること。
 - (一) 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（法第8条第23項に規定する居宅サービス計画をいう。以下同じ。）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（指定居宅サービス等基準第75条に規定する指定訪問リハビリテーションをいう。以下同じ）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。
 - (二) 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。
- (8) (1)から(7)までに適合することを確認し、記録すること。

ロ リハビリテーションマネジメント加算（Ａ）ロ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （１）イ（１）から（８）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- （２）利用者ごとの訪問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供に当たって、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。

ハ リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）イ

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （１）イ（１）から（３）まで及び（５）から（７）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- （２）訪問リハビリテーション計画について、指定訪問リハビリテーション事業所の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）（１）及び（２）に掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ニ リハビリテーションマネジメント加算（Ｂ）ロ

（１）ハ（１）から（３）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

- （２）利用者ごとの訪問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供に当たって、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。

◆算定基準留意事項

- ① リハビリテーションマネジメント加算は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた（Survey）、多職種協働による訪問リハビリテーション計画の作成（Plan）、当該計画に基づく状態や生活環境等を踏まえた適切なリハビリテーションの提供（Do）、当該提供内容の評価（Check）とその結果を踏まえた当該計画の見直し等（Action）といったサイクル（以下「SPDCAサイクル」という。）の構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものである。
- ② 「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLやIADLといった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいう。
- ③ リハビリテーション会議の構成員である医師の当該会議への出席については、テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。なお、テレビ電話等情報通信機器を使用する場合には、当該会議の議事に支障のないように留意すること。
- ④ 大臣基準第12号ロ（２）及びニ（２）に規定する厚生労働省への情報の提出については、「科学的介護情報システム（Long-term care Information system ForEvidence）」（以下「LIFE」という。）を用いて行うこととする。LIFEへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老老発0316第4号）を参照されたい。
サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、SPDCAサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

■リハビリテーションマネジメント加算

(問1) リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件について、「リハビリテーション計画について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

(答)

- ・利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。
 - ・ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。
- ※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成27年4月1日)問84の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問2) リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。

(答) 訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成27年4月1日)問85の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問3) リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)における理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による居宅への訪問時間は人員基準の算定外となるのか。

(答) 訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の人員基準の算定に含めない。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成27年4月1日)問86の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問4) 一事業所が、利用者によってリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得するということは可能か。

(答) 利用者の状態に応じて、一事業所の利用者ごとにリハビリテーションマネジメント加算(A)イ又はロ若しくは(B)イ又はロを取得することは可能である。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成27年4月1日)問87の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問25) 訪問リハビリテーションでリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を算定する場合、リハビリテーション会議の実施場所はどこになるのか。

(答) 訪問リハビリテーションの場合は、指示を出した医師と居宅を訪問し、居宅で実施する又は利用者が医療機関を受診した際の診察の場面で実施することが考えられる。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成27年4月1日)問88の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問5) サービス提供を実施する事業者が異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者がおり、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得している場合、リハビリテーション会議を通じてリハビリテーション計画を作成する必要があるが、当該リハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。

(答) 居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、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、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実

施しても差し支えない。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問7の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問6) 「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」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。

(答) 様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問8の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問24) 訪問リハビリテーションの算定の基準に係る留意事項に、「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」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか。

(答) リハビリテーション以外にその他の指定居宅サービスを利用していない場合は、該当する他のサービスが存在しないため情報伝達の必要性は生じない。また、福祉用具貸与のみを利用している場合であっても、本基準を満たす必要がある。通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問9の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問7) リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかった場合、当該加算は取得できないのか。

(答) ・リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の取得に当たっては、算定要件となっているリハビリテーション会議の開催回数を満たす必要がある。

・なお、リハビリテーション会議は開催したものの、構成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問10の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問8) リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件にある「医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」について、当該医師はリハビリテーション計画を作成した医師か、計画的な医学的管理を行っている医師のどちらなのか。

(答) リハビリテーション計画を作成した医師である。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問11の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問9) リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないが、月によって加算の算定要件の可否で加算を選択することは可能か。

(答) リハビリテーションマネジメント加算(A)とリハビリテーションマネジメント加算(B)については、同時に取得することはできないものの、いずれかの加算を選択し算定することは可能である。ただし、リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションの質の向上を図るため、SPDCA サイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーシ

ヨンの質の管理を行うものであることから、リハビリテーションマネジメント加算(B)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(B)を、リハビリテーションマネジメント加算(A)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(A)を、それぞれ取得することが望ましい。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日)問12の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問10) リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)については、当該加算を取得するに当たって、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。

(答) ・取得できる。

・リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)は、「通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。

・なお、訪問リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (平成27年6月1日)問1の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問11) 同一利用者に対して、複数の事業所が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者がリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。

(答) ・事業所ごとに提供可能なサービスの種類が異なり、単一の事業所で利用者が必要とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法のすべてを提供できない場合、複数の事業所で提供することが考えられる。例えば、脳血管疾患発症後であって、失語症を認める利用者に対し、1つの事業所がリハビリテーションを提供することとなったが、この事業所には言語聴覚士が配置されていないため、失語に対するリハビリテーションは別の事業所で提供されるというケースが考えられる。

・この場合、例えば、リハビリテーションマネジメント加算(A)であれば、リハビリテーション会議を通じて、提供可能なサービスが異なる複数の事業所を利用することを話し合った上で、通所リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者の同意を得る等、必要な算定要件を各々の事業者が満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算(A)の算定は可能である。

・リハビリテーションマネジメント加算(B)についても同様に取り扱う。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 4) (平成27年7月31日)問1の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問13) リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件では、医師が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へ説明することとされている。リハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、リハビリテーション計画の内容について医師が利用者又はその家族へテレビ電話装置等を介して説明した場合、リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件を満たすか。

(答) リハビリテーション会議の中で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へ説明する場合に限り満たす。

※平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成30年3月23日)問53の修正。

(問14) リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員の参

加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話装置等の使用について、基本的には音声通話のみであるが、議事のなかで必要になった時に、リハビリテーション会議を実施している場の動画や画像を送る方法は含まれるか。

(答) ・含まれない。

・テレビ電話装置等の使用については、リハビリテーション会議の議事を円滑にする観点から、常時、医師とその他の構成員が動画を共有している必要がある。

※平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成30年3月23日) 問54の修正。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問15) 令和3年3月以前にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)を算定している場合、令和3年4月からリハビリテーションマネジメント加算(A)口又は(B)口の算定の開始が可能か。

(答) リハビリテーションマネジメント加算(A)口及び(B)口については、令和3年4月以降に、リハビリテーション計画書を見直した上で「科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)」(「LIFE」)へ情報の提出を行い、リハビリテーションマネジメント加算(A)口又は(B)口の要件を満たした月から算定が可能である。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問16) 訪問・通所リハビリテーションの利用開始時点でリハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)(令和3年3月以前ではリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)以上)を算定していない場合において、リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定を新たに開始することは可能か。

(答) ・初めてリハビリテーション計画を作成した際に、利用者とその家族に対し説明と同意を得ている場合は可能。

・なお、利用者の同意を得た日の属する月から6月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(A)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)又は(B)イ(Ⅱ)若しくはロ(Ⅱ)を取得することとなる。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(5) 主治の医師が頻回リハビリテーションの特別指示を行った場合の取扱い(予防共通)

◆算定基準

注8 指定訪問リハビリテーションを利用しようとする者の主治の医師(介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。)が、当該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がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って、訪問リハビリテーション費は算定しない。

◆算定基準留意事項

注8の「急性増悪等により・・・特別の指示を行った場合」とは、保険医療機関の医師が、診療に基づき、利用者の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、在宅で療養を行な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をいう。この場合は、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、訪問リハビリテーション費は算定しない。

(6) 移行支援加算(介護のみ)(届出)(1日につき)17単位

◆算定基準

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の**指定通所介護事業所（指定居宅サービス基準第93条第1項に規定する指定通所介護事業所をいう。以下同じ。）等への移行等**を支援した場合は、**移行支援加算**として、評価対象期間（移行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）の末日が属する年度の次の年度内に限り、1日につき所定単位数を加算する。

※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。

訪問リハビリテーション費における社会参加支援加算の基準

イ 次に掲げる基準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（以下「訪問リハビリテーション終了者」という。）のうち、指定通所介護（指定居宅サービス等基準第九十二条に規定する指定通所介護をいう。以下同じ。）、指定通所リハビリテーション（指定居宅サービス等基準第一百条に規定する指定通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）、指定地域密着型通所介護（指定地域密着型サービス基準第十九条に規定する指定地域密着型通所介護をいう。以下同じ。）、指定認知症対応型通所介護（指定地域密着型サービス基準第四十一条に規定する指定認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。）、指定小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第六十二条に規定する指定小規模多機能型居宅介護をいう。第五十四号において同じ。）、指定看護小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第七十条に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護をいう。第七十九号口において同じ。）、指定介護予防通所リハビリテーション（指定介護予防サービス等基準第一百六条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）、指定介護予防認知症対応型通所介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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（平成十八年厚生労働省令第三十六号。以下「指定地域密着型介護予防サービス基準」という。）第四条に規定する指定介護予防認知症対応型通所介護をいう。）、指定介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービス基準第四十三条に規定する指定介護予防小規模多機能型居宅介護をいう。）、法第百十五の四十五第一項第一号口に規定する第一号通所事業その他社会参加に資する取組（以下「指定通所介護等」という。）を実施した者の占める割合が、百分の五を超えていること。
- (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、当該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状況を確認し、記録していること。

ロ 12月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。

ハ **訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するに当たり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。**

◆算定基準留意事項

- ① **移行支援加算**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上で、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。
- ② 「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 大臣基準告示第13号イ(1)の基準において、指定通所介護等を実施した者の占める割合及び基準第13号口において、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

して得た数については、小数点第3位以下は切り上げること。

- ④ 平均利用月数については、以下の式により計算すること。

イ～ハ（略）

ニ イ（ii）における新規利用者数とは、当該評価対象期間に新たに当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションを利用した者の数をいう。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。

ホ イ（ii）における新規終了者数とは、評価対象期間に当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。

- ⑤ 「指定通所介護等の実施」状況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、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、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。

- ⑥ 「当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、指定訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所へ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」の別紙様式2-2-1及び2-2-2のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型通所介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護の事業所へ提供すること。なお、指定通所介護事業所等の事業所への情報提供に際しては、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」に示す別紙様式2-2-1及び2-2-2の本人の希望、家族の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

（問17）移行支援加算について、既に訪問（通所）リハビリテーションと通所介護を併用している利用者が、訪問（通所）リハビリテーションを終了し、通所介護はそのまま継続となった場合、「終了した後通所事業を実施した者」として取り扱うことができるか。

（答） 貴見の通りである。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成27年4月1日）問89の修正。
（令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（R3.3.23））

（問18）移行支援加算は事業所の取り組んだ内容を評価する加算であるが、同一事業所において、当該加算を取得する利用者と取得しない利用者があることは可能か。

（答） 同一事業所において、加算を取得する利用者と取得しない利用者があることはできない。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成27年4月1日）問90の修正。
（令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（R3.3.23））

（問19）利用者が訪問リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行して、通所リハビリテーション利用開始後2月で通所介護に移行した場合、訪問リハビリテーションの移行支援加算の算定要件を満たしたことになるか。

（答） 貴見のとおりである。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成27年4月1日）問92の修正。
（令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.2）（R3.3.23））

(問20) 移行支援加算で通所リハビリテーションから通所介護、訪問リハビリテーションから通所リハビリテーション等に移行後、一定期間後元のサービスに戻った場合、再び算定対象とすることができるのか。

(答) 移行支援加算については、通所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日以内に通所リハビリテーション従業者が通所リハビリテーション終了者に対して、指定通所介護等を実施していることを確認し、記録していることとしている。なお、3月以上経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断した時は、新規利用者とすることができる。

※平成27年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (平成27年4月30日) 問13の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問21) 移行支援加算における就労について、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援や就労継続支援(A型、B型)の利用に至った場合を含めてよいか。

(答) よい。

※平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 1) (平成30年3月23日) 問57の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問14) 移行支援加算における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には、当該事業所の指定訪問リハビリテーション利用を中断したのちに再開した者も含まれるのか。

(答) ・移行支援加算における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とは、当該訪問リハビリテーション事業所の利用を終了し、評価対象期間に利用を再開していない者をいう。なお通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。
・なお、終了後に3月以上が経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断し当該事業所の利用を再開した時は、新規利用者とみなすことができる。この場合は評価対象期間に再開した場合でも、終了した者として取り扱う。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (R3.3.26))

<令和3年度：改定>

◆算定基準

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(7) サービス提供体制強化加算(予防共通)(届出)(1回につき)

- (1)加算(Ⅰ) 6単位
- (2)加算(Ⅱ) 3単位

※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。

訪問リハビリテーション費におけるサービス提供体制強化加算の基準

イ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

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、勤続年数七年以上の者がいること。

ロ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

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、勤続年数三年以上の者がいること。

◆算定基準留意事項

① 訪問入浴介護と同様。

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ものとする。

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ものとする。

② 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、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)にあつては勤続年数が7年以上の者が1名以上、サービス提供体制強化加算(Ⅱ)にあつては勤続年数が3年以上の者が1名以上いれば算定可能であること。

(問5) 「10年以上介護福祉士が30%」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算するのか。

(答)

① サービス提供体制強化加算における、勤続10年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、介護福祉士の資格を有する者であつて、同一法人等での勤続年数が10年以上の者の割合を要件としたものであり、介護福祉士の資格を取得してから10年以上経過していることを求めるものではないこと。

② 「同一法人等での勤続年数」の考え方について、下記は通算することができる。

・ 同一法人等(下記※における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種(直接処遇を行う職種に限る。))における勤続年数

・ 事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であつて、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数

(※) 同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。

③ なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数 10年の考え方」とは異なることに留意すること。

※平成21年4月改定関係 Q & A Vol. 1) (平成21年3月23日) 問5は削除する。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (R3.3.26))

(8) 事業所評価加算(予防のみ) (届出) 120単位<令和3年度:改定>

◆算定基準

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防訪問リハビリテーション事業所において、評価対象期間(別に厚生労働大臣が定める期間をいう。※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)の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数を加算する。

◆算定基準留意事項

(問122) 事業所評価加算は、同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(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)において一定の実績をもとに算定ができるものとされているところであるが、令和3年4月から令和4年3月においては、従前(令和3年度介護報酬改定以前)の基準に基づいて算定を行っても差し支えないか。

(答) 令和3年4月から令和4年3月に限り、令和2年1月から12月の実績については従前(令和3年度介護報酬改定以前)の基準に基づいて算定する。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3) (R3.3.26))

3 その他留意事項

■医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について

(問23) 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号)の別紙様式2-2-1をもって、保険医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所が情報提供を受け、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、別紙様式2-2-1に記載された内容について確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式2-2-1をリハビリテーション計画書と見なしてリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。

- 1) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、当該保険医療機関を介護保険のリハビリテーション事業所として利用し続ける場合であっても同様の取扱いをしてよいか。また、その場合、保険医療機関側で当該者を診療し、様式2-2-1を記載して情報提供を行った医師と、介護保険のリハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、情報提供を受けたリハビリテーション事業所の医師の診療を省略して差し支えないか。
- 2) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、保険医療機関から情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所において、指定訪問リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を受ける場合、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が取れたものとなっていることが確認できれば、別紙様式2-1による情報提供の内容を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共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えないか。

(答) 1) よい。また、医師が同一の場合であっても、医師の診療について省略して差し支えない。ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。
2) 差し支えない。

※平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成30年3月23日)問51の修正。
(令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 2) (R3.3.23))

(問23) シーティングとして、医師の指示の下に理学療法士等が、椅子や車椅子等上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合に、介護報酬上におけるリハビリテーションの実施時間に含めることは可能か。

(答) 可能。この場合のシーティングとは、椅子や車椅子等上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、理学療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことをいい、単なる離床目的で椅子や車椅子等上での座位をとらせる場合は該当しない。またシーティング技術を活用して車椅子ではなく、椅子やテーブル等の環境を整えることで、「椅子に座る」ことが望ましい。なお、シーティングの実務については「高齢者の適切なケアとシーティングに関する手引き」を参考とすること。

(令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 6) (R3.4.15))

IV 居宅療養管理指導

1 共通事項

- (1) 通院が困難な利用者について【老企36 第二6 (1)】
居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要がないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはなりません。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ものなどは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できません（やむを得ない事情がある場合は除きます。）。
- (2) 単一建物居住者の人数について【厚告19 別表5ハ・老企36 第二6 (2)】
居宅療養管理指導の利用者が居住する建築物に居住する者のうち、同一月の利用者数を「単一建物居住者の人数」といいます。
- (3) 居宅療養管理指導に要した交通費について【老企36 第二6 (7)】
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することができます。

2 医師又は歯科医師が行う場合

(1) 居宅療養管理指導の内容

- ・ 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、介護支援専門員（特定施設入居者生活介護等の介護支援専門員を含む。）に対する居宅サービス計画の作成に必要な情報提供並びに利用者（通院が困難なものに限る。以下本項において同じ。）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います。
- ・ 利用者がほか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います。
- ・ 必要に応じて利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意し、また、関連する情報については、ケアマネージャー等に提供するように努めることとします。

(2) 居宅でのサービス提供

- ・ 居宅療養管理指導は利用者の居宅において行われるものです。利用者の居宅以外で提供したサービスについて介護報酬を算定することはできません。

(3) 情報提供及び指導又は助言の方法

◇介護支援専門員に対する情報提供の方法

- ・ 居宅サービス計画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します。（必ずしも文書等による必要はありません。）
- ・ 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します。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ありませんが、下線又は枠で囲む等により、他の記載と区別できるようにする必要があります。
- ・ サービス担当者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、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、別紙様式1又は2等（メール・FAX等でも可）により、介護支援専門員に対して情報提供を行います。
- ・ 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します。

◇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、文書等の交付を行うよう努めてください。

- ・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します。
- ・口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録します。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ありませんが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区分できるようにする必要があります。

(4) 算定上のルール

- ・原則として(※)、介護支援専門員への情報提供がない場合には、算定できません。
- ・(医師が行う場合のみ)医療診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居者等医学総合管理料を算定する利用者に対して、居宅療養管理指導を行った場合は、居宅療養管理指導費(Ⅱ)を算定します。
- ・1人の利用者について、1人の医師及び1人の歯科医師のみが1月に2回まで算定できます。複数の医師及び歯科医師が居宅療養管理指導費を算定することはできません。
- ・主治の医師又は歯科医師が居宅療養管理を行います(主治の医師又は歯科医師以外の医師又は歯科医師が居宅療養管理指導を行わない)。ただし、主治の医師又は歯科医師がやむを得ない事情により訪問できない場合については、同一医療機関の医師・歯科医師が代わりに訪問して行った場合も算定できます。
- ・算定日は「当該月の訪問診療又は往診を行った日」です。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サービス担当者会議に参加した場合においては、文書等を交付した日を記入します。

(5) 医療保険との調整

◇医師が行う場合

- ・同一月において、医師による居宅療養管理指導費を算定している場合、診療情報提供料(Ⅰ)の注2(保険医療機関から市町村又は指定居宅介護支援事業者等への保健福祉サービスに必要な情報提供)及び注3(保険医療機関から保険薬局への在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報提供)、歯科医療機関連携加算は算定できません。

◇歯科医師が行う場合

- ・同一月において、歯科医師による居宅療養管理指導費を算定している場合、歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料、診療情報提供料(Ⅰ)の注2(保険医療機関から市町村又は指定居宅介護支援事業者等への保健福祉サービスに必要な情報提供)及び注6(保険医療機関から老人性認知症センター等への患者の紹介)、歯科疾患在宅療養管理料並びに在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は算定できません。

3 薬剤師が行う場合

(1) 居宅療養管理指導の内容

◇薬局薬剤師が行う場合

- ・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、利用者(通院が困難なものに限る。以下本項において同じ。)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ます。
- ・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てください。
- ・提供した居宅療養管理指導の内容について、速やかに薬剤服用歴の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、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供を行います。

◇医療機関の薬剤師が行う場合

- ・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ます。

- ・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てください。
- ・提供した居宅療養管理指導の内容について、速やかに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、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供を行います。

(2) 居宅でのサービス提供

居宅療養管理指導は、利用者の居宅において行われるものです。利用者の居宅以外で提供したサービスについて介護報酬を算定することはできません。

(3) 情報通信機器を用いた服薬指導

医科診療報酬点数表の区分番号C002に掲げる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であって、居宅療養管理指導費ハ(2)を月1回算定している者に対し、情報通信機器を用いた服薬指導(指定居宅療養管理指導と同日に行う場合を除く。)を行った場合は、1月に1回に限り45単位を算定します。この場合、ハ注3、注4、注5及び注6に規定する加算は算定できません。

(4) サービス提供にあたっての留意点

◇薬剤師について

- ・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(訪問介護事業者、居宅介護支援事業者等)に対して情報提供及び必要な助言を行います。
- ・(薬局薬剤師が行う場合)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います。また、提供した文書の写しがある場合は、記録に添付する等により保存します。
- ・(薬局薬剤師が行う場合)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します。
- ・利用者に投薬された医薬品について、薬剤師が医療品緊急安全情報又は医薬品・医療機器等安全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います。
- ・必要に応じて、社会生活面の課題にも目を向けた地域社会における様々な支援につながる情報を把握し、関連する情報を指示を行った医師又は歯科医師に提供するよう努めることとします。

◇医師・歯科医師について

- ・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します。
- ・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差し支えありませんが、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します。
- ・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します。

(5) 薬学的管理指導計画(薬局薬剤師が行う場合)

- ・薬学的管理指導計画は、処方医から提供された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(※)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します。
- ・薬学的管理指導計画には、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、訪問間隔等を記載します。

- ・ 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します。
- ・ 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します。
- ・ 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います。また、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、適宜見直します。

※「他の医療関係職種」とは、例えば、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が想定されています。

(6) 薬剤服用歴の記録・薬剤管理指導記録

◇薬局薬剤師が行う場合

薬剤服用歴の記録には、少なくとも次のアからスまでについて記載しなければなりません。また、当該記録は、サービスの提供の完結の日から5年間保存しなければなりません。

〈 薬剤服用歴に記載すべき事項 〉

- 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絡先等
- イ 処方した医療機関名及び処方医氏名、処方日、処方内容、調剤日、処方内容に関する照会の内容等
- ウ 利用者の体質、アレルギー歴、副作用歴、薬学的管理に必要な利用者の生活像等
- エ 既往歴、合併症の情報、他科受診において加療中の疾患
- オ 併用薬等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況等
- カ 服薬状況（残薬の状況を含む。）
- キ 副作用が疑われる症状の有無（利用者の服薬中の体調の変化を含む。）及び利用者又はその家族等からの相談事項の要点
- ク 服薬指導の要点
- ケ 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
- コ 処方医から提供された情報の要点
- サ 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、投薬後の併用薬材、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）
- シ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- ス 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っては、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

◇医療機関の薬剤師が行う場合

薬剤管理指導記録に、少なくとも次のアからカまでについて記載しなければなりません。また、当該記録は最後の記入の日から最低5年間保存しなければなりません。

〈 薬剤管理指導記録に記載すべき事項 〉

- 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
- カ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
- キ その他の事項

(7) 算定上のルール

◇薬局薬剤師が行う場合

- ・ 1人の利用者について、1月に4回を限度として算定します。ただし、末期の悪性腫瘍の者又は中心静脈栄養を受けている者については、1週に2回、かつ、1月に8回を限度として

算定できます。

- ・ 居宅療養管理指導費を月2回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の者又は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、6日以上の間隔を空けて算定します。

◇医療機関の薬剤師が行う場合>

- ・ 1人の利用者について、1月に2回を限度として算定します。
- ・ 居宅療養管理指導費を月2回算定する場合にあつては6日以上の間隔を空けて算定します。

◇共通事項

- ・ 請求明細書の摘要欄に訪問日を記入します。
- ・ 原則として（※）、介護支援専門員への情報提供がない場合は算定できません。
- ・ 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できません。ただし、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「在宅協力薬局」という。）と医学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他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の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わって在宅協力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ます。なお、居宅療養管理指導費の算定は在宅基幹薬局が行う必要があります。

（8）麻薬指導管理加算

疼痛緩和のために麻薬（※）の投薬が行われている利用者に対して、当該薬剤の使用に関し必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき100単位を所定単位数に加算します。

※「麻薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第1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年厚労告第87号）に記載されている医薬品を指します。

◇薬局薬剤師が行う場合

- ・ 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す。
- ・ 薬剤服用歴の記録に、（6）①の記載すべき事項に加えて、少なくとも次のアからエまでについて記載しなければなりません。
 - 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。）

◇医療機関の薬剤師が行う場合

薬剤管理指導記録に、（6）②の記載すべき事項に加えて、少なくとも次のアからエまでについて記載しなければなりません。

- ア 麻薬に係る薬剤的管理指導の内容（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

(9) 医療保険との調整

- ・ 同一月において、居宅療養管理指導費が算定されている場合には、次のア～エまでについて診療報酬を算定することができません。
 - ア 薬剤服用歴管理指導料（※）
 - イ かかりつけ薬剤師指導料
 - ウ かかりつけ薬剤師包括管理料
 - エ 外来服薬支援料
 - オ 服薬情報等提供料
- ※ ただし、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定が可能です。
- ・ 同一日において、居宅療養管理指導費が算定されている場合には、在宅患者緊急時等共同指導料を算定することができません。

◇医療機関の薬剤師が行う場合

- ・ 居宅療養管理指導費は、医療保険による訪問診療を算定した日に算定することはできません。ただし、薬剤師による居宅療養管理指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合を除きます。

4 管理栄養士が行う場合

(1) 居宅療養管理指導の内容

- 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に、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、作成した栄養ケア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行います。
- ・ 居宅療養管理指導（Ⅰ）は、指定居宅療養管理指導事業所（居宅省令第85条第1項第1号に規定する指定居宅療養管理指導事業所をいう。以下同じ。）の管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、居宅療養管理指導を実施した場合に、算定できます。なお、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ます。
 - ・ 居宅療養管理指導（Ⅱ）は、指定居宅療養管理指導事業所の計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、当該指定居宅療養管理指導事業所以外の医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を1名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションとの連携により確保した管理栄養士が、居宅療養管理指導を実施した場合に、当該居宅療養管理指導事業所が算定できます。

(2) 居宅でのサービス提供

居宅療養管理指導は、利用者の居宅において行われるものです。利用者の居宅以外で提供したサービスについて介護報酬を算定することはできません。

(3) サービス提供のプロセス

管理栄養士の行う居宅療養管理指導は、次のアからケまでに掲げるプロセスを経ながら実施します。

◇サービス提供のプロセス

- ア 利用者の低栄養状態のリスクを把握します（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します（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します。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、その同意を得ます。
- 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します。
- 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います。
- 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います。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います。
- 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います。
- ク 管理栄養士は、利用者ごとの栄養ケアの提供内容の要点を記録します。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します。
- ケ 居宅省令第91条で準用する第19条に規定するサービス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ありません。

（４）栄養ケア計画

◇栄養ケア計画の作成

医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、薬剤師その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成します。

◇栄養ケア計画の説明・同意及び交付

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、その同意を得た上で交付します。

◇栄養ケア計画に基づく栄養管理等の実施及び記録の作成

利用者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行うとともに、利用者又はその家族に対して、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行い、利用者の栄養状態を定期的に記録します。

◇栄養ケア計画の進捗状況の評価及び評価の見直し

利用者ごとの栄養ケア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ます。

（５）サービス提供にあたっての留意点

◇医師について

- ・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します。
- ・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します。
- ・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受け、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します。

- ・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差し支えありませんが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別します。
- ・居宅療養管理指導（Ⅱ）を算定する場合、管理栄養士は、当該居宅療養管理指導に係る指示を行う医師と十分に連携を図り、判断が必要な場合などに速やかに連絡が取れる体制を構築しなければなりません。なお、所属が同一か否かに関わらず、医師から管理栄養士への指示は、居宅療養管理指導の一環として行われるものであることに留意する必要があります。
- ・必要に応じて、社会生活面の課題にも目を向けた地域社会における様々な支援につながる情報を把握し、関連する情報を指示を行った医師に提供するよう努めることとします。

（6）算定上のルール

- ・1人の利用者について、1月に2回を限度として算定します。
- ・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します（請求明細書の摘要欄に訪問日を記入します。）。
- ・医師が当該利用者に厚生労働大臣が定める特別食（※）を提供する必要を認めた場合又は当該利用者が低栄養の状態にあると医師が判断した場合は算定の対象となります。
- ・医療機関の管理栄養士が行う場合の居宅療養管理指導費は、医療保険による訪問診療を算定した日に算定することはできません。ただし、管理栄養士による居宅療養管理指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合を除きます。
- ・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%以上またはBMIが30以上）の患者に対する治療食を含みます。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ます。

5 歯科衛生士等が行う場合

（1）居宅療養管理指導の内容

訪問歯科診療を行った利用者（通院が困難なものに限る。以下本項において同じ。）又はその家族等に対して、当該訪問歯科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する歯科衛生士、保健師又は看護職員（以下「歯科衛生士等」という。）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人の利用者に対して歯科衛生士等が一对一で行います。

（2）居宅でのサービス提供

居宅療養管理指導は、利用者の居宅において行われるものです。利用者の居宅以外で提供したサービスについて介護報酬を算定することはできません。

（3）サービス提供のプロセス

歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導は、次のアからキまでに掲げるプロセスを経ながら実施します。

◇サービス提供のプロセス

- ア 利用者の口腔機能（口腔衛生、摂食・嚥下機能等）のリスクを把握します（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します（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別紙様式3等により記載し、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します。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、その同意を得ます。

- 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します。
- 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います。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います。
- カ 利用者について、おおむね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います。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います。
- キ 居宅省令第91条で準用する第19条に規定するサービス提供の記録においては、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ありません。

（４）管理指導計画

◇管理指導計画

歯科衛生士、保健師又は看護職員が、当該利用者を訪問し、歯科医師、歯科衛生士その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔衛生状態及び摂食・嚥下機能に配慮した管理指導計画を作成します。

◇管理指導計画の説明、同意及び交付

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、その同意を得た上で交付します。

◇管理指導計画に基づく実地指導等の実施及び記録の作成

利用者ごとの管理指導計画に従い療養上必要な指導として当該利用者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導を行うとともに、利用者又はその家族等に対して、実地指導に係る情報提供及び指導又は助言を行い、定期的に記録します。

◇管理指導計画の進捗状況の評価及び計画の見直し

利用者ごとの管理指導計画の進捗状況を定期的に評価し必要に応じて計画を見直します。

（５）サービス提供にあたっての留意点

◇歯科衛生士等について

- ・ 歯科衛生士等は、実地指導に係る記録（様式例として、老企36 別紙様式3があります。）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します。
- ・ 歯科衛生士等は、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、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。）、歯科医師の訪問に同行した場合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します。
- ・ 歯科衛生士等は、サービス提供終了後、指示等を行った歯科医師に直接報告します。
- ・ 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や、当該歯科医師を通じ介護支援専門員等への情報提供を行うなどの適切な措置を講じます。

- ・必要に応じて、社会生活面の課題にも目を向けた地域社会における様々な支援につながる情報を把握し、関連する情報を指示を行った歯科医師に提供するよう努めることとします。

◇歯科医師について

- ・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します。
- ・管理指導計画に基づき、次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します。
- ・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します。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差し支えありませんが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区分します。

(6) 算定上のルール

- ・1人の利用者について、1月に4回を限度として算定します。
- ・療養上必要な実地指導を1人の利用者に対して歯科衛生士等が一对一で20分以上行った場合に算定します（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します。）。
- ・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します。
- ・医療機関である居宅療養管理指導事業所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指示を受け、居宅に訪問して実施した場合に算定します（当該医療機関に勤務している歯科衛生士等によりサービスの提供が行われていること。）。
- ・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、指導のために準備や利用者の移動に要した時間等は含みません。
- ・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ません。