

平成30年3月15日(木)19時30分～

平成30年度介護報酬改定等に係る  
居宅サービス事業所等説明会資料

訪 問 看 護  
訪問リハビリテーション

- ・ 今回の説明会で使用する省令・告示・通知等の資料については、現段階で厚生労働省が示した改正（案）です。
- ・ 正式な改正省令・告示・通知・Q & A等については、厚生労働省の通知が発出された後に、県のホームページに掲載する予定ですので、随時ご確認ください。

※県ホームページ

[トップページ](#) > [健康・福祉](#) > [高齢者・介護](#) > [施設・事業者](#) >

[サービス事業者関係情報（介護）](#) > [平成30年度介護報酬改定等の情報について](#)

(訪問看護・訪問リハビリテーション)

<目 次>

- ①介護報酬改定の概要について …… 1P (訪問看護1P～、訪問リハ5P～)
- ②報酬告示の改正案(平成30年4月施行分) …… 14P  
(訪問看護14P～、訪問リハ16P～)  
(介護予防訪問看護18P～、介護予防訪問リハ20P～)  
<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>
- ③報酬告示に関する通知案 …… 22P  
(訪問看護22P～、訪問リハ35P～)  
(介護予防訪問看護40P～、介護予防訪問リハ50P～)  
<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>
- ④基準省令に関する通知案 …… 61P (訪問介護61P～、訪問リハ71P～)  
(訪問看護61P～、訪問リハ35P～)  
(介護予防訪問看護67P～、介護予防訪問リハ76P～)  
<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>
- ⑤介護給付費算定に係る体制等に関する届出について …… 78P
- ⑥その他の事項 …… 82P  
・質問票様式

## 5. 訪問看護

### 改定事項

- ①在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の強化
- ②ターミナルケアの充実
- ③複数名による訪問看護に係る加算の実施者の見直し
- ④訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の見直し
- ⑤報酬体系の見直し
- ⑥同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬
- ⑦その他

35

## 5. 訪問看護 ①在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の強化 (看護体制強化加算の見直し)

### 概要

※一部を除き介護予防訪問看護を含む

- 看護体制強化加算について、月の変動による影響を抑える観点から、現行3か月である緊急時訪問看護加算等の算定者割合の算出期間を見直すとともに、ターミナル体制の充実を図る観点から、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合について新たな区分を設ける等の見直しを行う。
- その際、地域における訪問看護体制整備の取組の推進を図るために、医療機関と訪問看護ステーションが相互に連携することを明示することとする。【通知改正】

### 単位数

<現行>		<改定後>
看護体制強化加算	300単位/月	⇒
		看護体制強化加算(Ⅰ) 600単位/月 (新設)
		看護体制強化加算(Ⅱ) 300単位/月

※ 介護予防訪問看護については、もともとターミナルケア加算の算定者数の要件は課していないことから、加算(Ⅱ)のみ設け、加算(Ⅰ)は設けず、加算名は「看護体制強化加算」から変更しない。

### 算定要件等

- 看護体制強化加算(Ⅰ)(Ⅱ)共通
  - ・「緊急時訪問看護加算の算定者割合50%以上」の要件及び「特別管理加算の算定者割合30%以上」の要件の実績期間を現行の3月間から6月間へと変更する。
  - ・ 医療機関と連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。
- 看護体制強化加算(Ⅰ)
  - ・ターミナルケア加算の算定者5名以上(12月間) (新設)
- 看護体制強化加算(Ⅱ)
  - ・ターミナルケア加算の算定者1名以上(12月間) (変更なし)
- 訪問看護事業所の利用者によって看護体制強化加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を選択的に算定することができないものであり、当該訪問看護事業所においていずれか一方のみを届出する。

36

## 5. 訪問看護 ①在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の強化 (緊急時訪問看護加算の見直し)

### 概要

※介護予防訪問看護を含む

- 中重度の要介護者の在宅生活を支える体制をさらに整備するため、24時間体制のある訪問看護事業所の体制について評価を行うこととする。
- また、24時間対応体制のある訪問看護事業所からの緊急時訪問を評価することとする。具体的には、現行、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算については、2回目以降の緊急時訪問において、一部の対象者（特別管理加算算定者）に限り算定できることとなっているが、この対象者について拡大を図ることとする。【通知改正】

### 単位数

		<現行>		<改定後>
訪問看護ステーション	緊急時訪問看護加算	540単位/月	⇒	574単位/月
病院又は診療所	緊急時訪問看護加算	290単位/月	⇒	315単位/月

### 算定要件等

- 緊急時訪問看護加算について以下の内容等を通知に記載する。
  - ・ 1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定する。

37

## 5. 訪問看護 ②ターミナルケアの充実

### 概要

※介護予防訪問看護は含まない

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うことを明示することとする。【通知改正】

### 算定要件等

- ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
  - ・ 「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。
  - ・ ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

38

## 5. 訪問看護 ③複数名による訪問看護に係る加算の実施者の見直し

### 概要

※介護予防訪問看護を含む

- 訪問看護における複数名訪問加算について、医療保険での取扱いを踏まえ、同時に訪問する者として、現行の看護師等とは別に看護補助者が同行し、役割分担をした場合の評価の区分を新たに創設することとする。  
この場合の看護補助者については、医療保険の訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算に係る疑義解釈で示されている者と同様とする。【通知改正】

### 単位数

<現行>

- 2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合
  - ・ 30分未満の場合：254単位
  - ・ 30分以上の場合：402単位

⇒

<改定後>

- 2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合  
複数名訪問加算（Ⅰ）（変更なし）
- 看護師等と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合  
複数名訪問加算（Ⅱ）（新設）
  - ・ 30分未満の場合：201単位
  - ・ 30分以上の場合：317単位

### 算定要件等

- 看護補助者の要件については、医療保険で示している定義と同様とし、以下の内容等を通知に記載する。  
「看護補助者とは、訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことを想定しており、資格は問わない。秘密保持や医療安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要があるが、指定基準の人員に含まれないことから、従事者の変更届の提出は要しない。」

39

## 5. 訪問看護 ④訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の見直し

### 概要

※介護予防訪問看護を含む

- 訪問看護ステーションからの理学療法士、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づけのものであるが、看護職員と理学療法士等の連携が十分でない場合があることを踏まえ、評価の見直しを行うこととする。

### 単位数

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合

<現行>

- 302単位／回
- ※ 1日3回以上の場合は90/100

⇒

<改定後>

- 296単位／回
- ※ 1日3回以上の場合は90/100（変更なし）

### 算定要件等

- 以下の内容等を通知に記載する。
  - ア 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、利用者の状況や実施した看護（看護業務の一環としてのリハビリテーションを含む）の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成することとする。
  - イ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行うとともに、理学療法士等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させる訪問であること等を利用者等に説明し、同意を得ることとする。

40

## 5. 訪問看護 ⑤報酬体系の見直し

### 概要

※介護予防訪問看護を含む

- 要支援者と要介護者に対する訪問看護については、現在、同一の評価となっているが、両者のサービスの提供内容等を踏まえ、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

### 単位数

○指定訪問看護ステーションの場合

	<現行>		<改定後>	
	(共通)		(訪問看護)	(介護予防訪問看護)
・20分未満	310単位		311単位	300単位
・30分未満	463単位		467単位	448単位
・30分以上1時間未満	814単位		816単位	787単位
・1時間以上1時間30分未満	1117単位		1118単位	1080単位
・理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士の場合 (※1日3回以上の場合は90/100)	302単位		296単位	286単位

○病院又は診療所の場合

	<現行>		<改定後>	
	(共通)		(訪問看護)	(介護予防訪問看護)
・20分未満	262単位		263単位	253単位
・30分未満	392単位		396単位	379単位
・30分以上1時間未満	567単位		569単位	548単位
・1時間以上1時間30分未満	835単位		836単位	807単位

41

## 5. 訪問看護 ⑥同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

### 概要

※介護予防訪問看護を含む

同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬について以下の見直しを行う。(訪問介護と同様の見直し)

ア 訪問看護のサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直し、いずれの場合も有料老人ホーム等(※)以外の建物も対象とする。

- i 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(有料老人ホーム等(※)に限る)に居住する者
- ii 上記以外の範囲に所在する建物(有料老人ホーム等(※)に限る)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)

イ またiについて、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人以上の場合は、減算幅を見直し。

※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

ウ 上記ア又はイによる減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記ア又はイによる減算を受けている者の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する。

### 単位数、算定要件等

<現行>

減算等の内容	算定要件
10%減算	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(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

<改定後>

減算等の内容	算定要件
①・③10%減算 ②15%減算	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)

42

## 5. 訪問看護 ⑦その他

### 概要

※介護予防訪問看護を含む

- 現在、事務連絡において、介護保険の訪問看護と医療保険の精神科訪問看護の同一日等の併算ができない取扱いが定められているが、介護報酬告示においても併算できないことを明確化することとする。

### 算定要件等

- 報酬告示に、精神科訪問看護指示に基づき精神科訪問看護を受けている期間については訪問看護費は算定しない旨の文言を追記する。

### 参考

事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その4）厚生労働省保険局医療課 平成28年6月14日

（問3）訪問看護療養費を算定した月及び日について、精神科訪問看護・指導料は一部を除き算定できないとされたが、精神疾患と精神疾患以外の疾患を有する要介護者は、医療保険の精神障害を有する者に対する訪問看護（精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費）と、介護保険による訪問看護とを同一日又は同一月に受けることができるか。

（答）精神疾患とそれ以外の疾患とを併せて訪問看護を受ける利用者については、医療保険の精神障害を有する者に対する訪問看護（精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費）（以下「精神科訪問看護」という。）を算定することができる。同利用者が、介護保険で訪問看護費を算定する場合は、主として精神疾患（認知症を除く）に対する訪問看護が行われる利用者でないことから、医療保険の精神科訪問看護を算定することはできない。すなわち、同一日に医療保険と介護保険と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ものであり、例えば数日単位で医療保険と介護保険の訪問看護を交互に利用するといったことは認められない。

43

## 6. 訪問リハビリテーション

### 改定事項

- ①医師の指示の明確化等
- ②リハビリテーション会議への参加方法の見直し等
- ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価
- ④介護予防訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設
- ⑤社会参加支援加算の要件の明確化等
- ⑥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の創設
- ⑦訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化
- ⑧基本報酬の見直し
- ⑨医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等
- ⑩離島や中山間地等の要支援・要介護者に対する訪問リハビリテーションの提供
- ⑪同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬
- ⑫介護医療院が提供する訪問リハビリテーション
- ⑬その他

45

## 6. 訪問リハビリテーション ①医師の指示の明確化等

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- 医師の指示の内容を明確化して、評価するとともに、明確化する内容を考慮しながら、直近の介護事業経営実態調査の結果も踏まえて基本報酬を見直すこととする。
- 具体的には、医師の詳細な指示について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価するとともに、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、基本報酬を設定することとする。

### 単位数

	<現行>		<改定後>
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	60単位/月	⇒	230単位/月
	<現行>		<改定後>
基本報酬(訪問リハビリテーション費)	302単位/回	⇒	290単位/回

### 算定要件等

- リハビリテーションマネジメント加算の算定要件に以下の内容を加える。
  - ・ 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うちいずれか1以上の指示を行うこと。
- 以下の内容を通知に記載する。
  - ・ 医師が当該利用者に対して3月以上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の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載すること。

46

## 6. 訪問リハビリテーション ②リハビリテーション会議への参加方法の見直し等

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

- 現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を算定するためには、医師が利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ることが必要である。
- しかし、医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、この加算を算定できないことが多いという意見を踏まえ、以下の見直しを行うこととする。
  - ア リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等(※)を活用してもよいこととする。【通知改正】
    - ※ テレビ会議システムの他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。
  - イ 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リハビリテーション計画等について医師の代わりに説明できることとする。ただし、この場合の評価は適正化することとする。

### 単位数

<現行>		<改定後>
		リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 280単位/月(新設) ※リハビリテーション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説明する場合
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 150単位/月	⇒	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ) 320単位/月 ※医師が説明する場合

### 算定要件等

- <アについて>
  - リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(Ⅲ)共通の事項として通知に以下の内容を記載する。
    - ・ 構成員である医師のリハビリテーション会議への出席については、テレビ電話等(テレビ会議システムの他、携帯電話等でのテレビ電話を含む)を使用してもよいこととする。
- <イについて>
  - 以下をリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件とする。
    - ・ 訪問リハビリテーション計画について、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。

47



# 6. 訪問リハビリテーション ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価

## 概要

※介護予防訪問リハビリテーションについては、項目④参照

○ リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

## 単位数

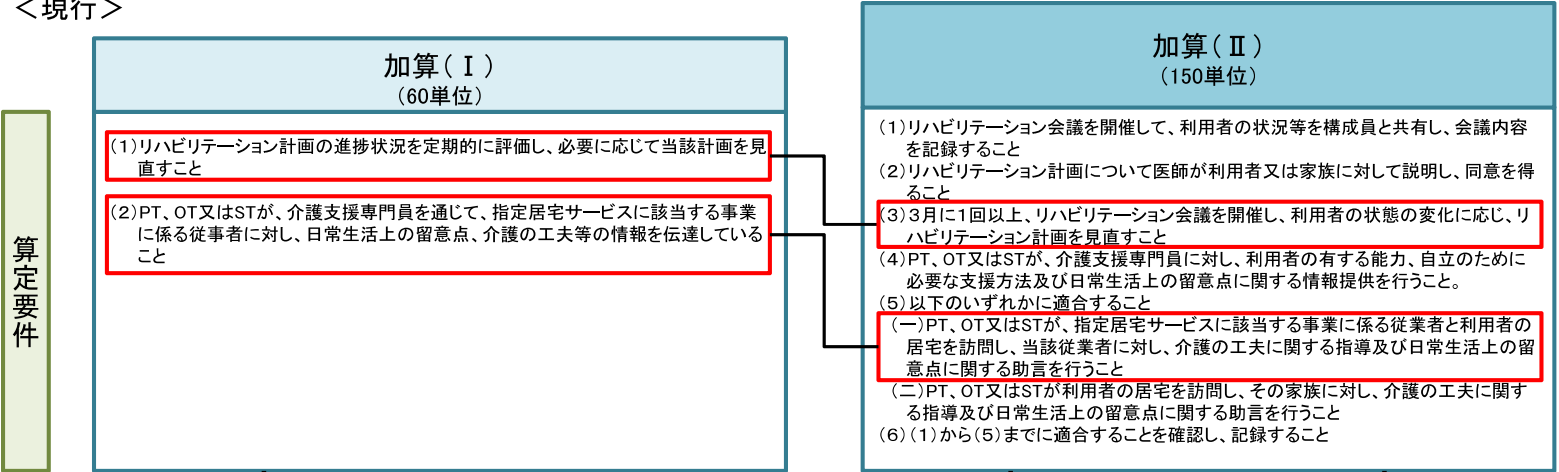
<現行> リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 150単位/月	⇒	<改定後> リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) 420単位/月(新設) ※3月に1回を限度とする
---	---	--

## 算定要件等

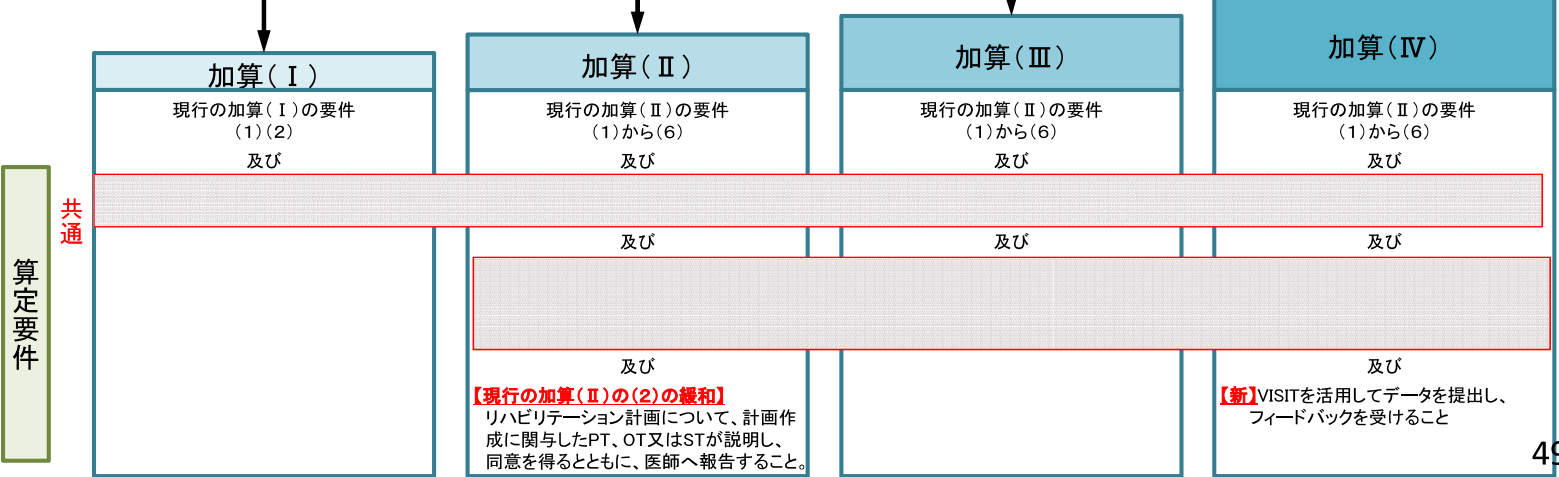
- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に適合すること。
  - ・ 指定訪問リハビリテーション事業所における訪問リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて厚生労働省に提出していること。

# 訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算

<現行>



<改定後>



## 6. 訪問リハビリテーション

### ④介護予防訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設

#### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションのみ

- 質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防訪問リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメント加算を導入することとする。
- ただし、要支援者が対象となることから、要介護者で算定されているリハビリテーションマネジメント加算の要件を一部のみを導入することとする。

#### 単位数

＜現行＞ なし ⇒ ＜改定後＞ リハビリテーションマネジメント加算 230単位／月（新設）

#### 算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・ 指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防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1以上の指示を行うこと。
  - ・ おおむね3月ごとにリハビリテーション計画を更新すること。
  - ・ 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、従業者に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。
- 以下の内容を通知に記載する。
  - ・ 医師が当該利用者に対して3月以上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の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定介護予防サービスへの移行の見通しを記載すること。

50

## 6. 訪問リハビリテーション ⑤社会参加支援加算の要件の明確化等

#### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションは含まない

- 社会参加支援加算の算定要件について、サービスの種類を考慮しつつ、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にする。
- また、現行、告示や通知に記載されていない、下記の場合を加えることとする。
  - ・ 訪問リハビリテーションの利用者が、要介護から要支援へ区分変更と同時に、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に移行した場合
  - ・ 就労に至った場合【通知改正】

#### 単位数

社会参加支援加算      ＜現行＞ 17単位／日      ⇒      ＜改定後＞ 変更なし

#### 算定要件等

- 現行の算定要件
  - ・ 評価対象期間において訪問リハビリテーション終了者のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、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。
  - ・ 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、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。
  - ・ リハビリテーションの利用の回転率
 
$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。} \quad \text{※平均利用月数の考え方} = \frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の（新規開始者数+新規終了者数）} \div 2}$$

51

## 6. 訪問リハビリテーション

### ⑥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の創設

#### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションのみ

- 自立支援、重度化防止の観点から、介護予防通所リハビリテーションにおけるアウトカム評価として設けられている事業所評価加算を、介護予防訪問リハビリテーションにおいても創設する。
- その場合の算定要件については、介護予防通所リハビリテーションの事業所評価加算を踏まえて設定することとする。

#### 単位数

<現行>  
なし

⇒

<改定後>

事業所評価加算 120単位/月（新設）

#### 算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
  - ・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）

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

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

52

## 6. 訪問リハビリテーション

### ⑦訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化

#### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- 指定訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画を作成することが求められており、この際に事業所の医師が診療する必要がある。
- このため、指定訪問リハビリテーション事業所に専任の常勤医師の配置を求めることとする。
- この際、事業所である病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の常勤医師との兼務を可能とするほか、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設、介護医療院であって、病院又は診療所と併設されているものについては、通所リハビリテーションの人員基準と同様に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ものとする。医師の診療に係る取扱いについて例外を設けることとするが、この場合の評価は適正化することとする。

#### 単位数

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

<現行>  
なし

⇒

<改定後>

20単位/回減算（新設）

#### 算定要件等

- 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には、例外として下記を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとする。
  - ・指定（介護予防）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
  - ・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。
  - ・当該情報の提供を受けた指定（介護予防）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、リハビリテーション計画を作成すること。

53

## 6. 訪問リハビリテーション ⑧基本報酬の見直し

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療について、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際に行われた場合や、訪問診療等と同時に行われた場合は、別途診療報酬が算定されていることから、二重評価にならないように見直しを図ることとする。【通知改正】

### 算定要件等

- 以下の内容を通知に記載する
  - ・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ものとする。

54

## 6. 訪問リハビリテーション ⑨医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- ア 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画所の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- イ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、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、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。  
ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成することとする。【通知改正】

### 医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料  
「目標設定等支援・管理シート」

### 介護保険 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  
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見直し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見直し 等

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

55

## 6. 訪問リハビリテーション

### ⑩ 離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問リハビリテーションの提供

<b>概要</b>	※介護予防訪問リハビリテーションを含む
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 指定（介護予防）訪問リハビリテーションにおいて、他の訪問系サービスと同様に、「特別地域加算」及び「中山間地域等における小規模事業所加算」を新たに創設することとする。</li> <li>○ その際、他の訪問系サービスの「中山間地域等における小規模事業所加算」においては、小規模事業所について、一月当たりの訪問回数の実績等に基づいて定めているが、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの場合についても同様に定めることとする。</li> <li>○ また、他のサービスと同様、これらの加算については、区分支給限度基準額の算定に含めないこととする。</li> </ul>	

<b>単位数</b>	
○特別地域（介護予防）訪問リハビリテーション加算	
＜現行＞	＜改定後＞
なし	1回につき所定単位数の100分の15（新設）
○中山間地域等における小規模事業所加算	
＜現行＞	＜改定後＞
なし	1回につき所定単位数の100分の10（新設）

<b>算定要件等</b>	
○特別地域（介護予防）訪問リハビリテーション加算	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・別に厚生労働大臣が定める地域（※1）に所在する指定（介護予防）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（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した場合</li> </ul>	
※1 離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法の指定地域	
○中山間地域等における小規模事業所加算	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・別に厚生労働大臣が定める地域（※2）に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準（※3）に適合する指定（介護予防）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（介護予防）訪問リハビリテーションを提供した場合</li> </ul>	
※2 豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法の指定地域	
※3 訪問リハビリテーションについては、1月当たりの延訪問回数が30回以下であること 介護予防訪問リハビリテーションについては、1月当たり延訪問回数が10回以下であること	

56

## 6. 訪問リハビリテーション ⑪ 同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬

<b>概要</b>	※介護予防訪問リハビリテーションを含む
同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬について以下の見直しを行う。（訪問介護と同様の見直し）	
ア 訪問リハビリテーションのサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直し、いずれの場合も有料老人ホーム等（※）以外の建物も対象とする。	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i 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（有料老人ホーム等（※）に限る）に居住する者</li> <li>ii 上記以外の範囲に所在する建物（有料老人ホーム等（※）に限る）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）</li> </ul>	
イ またiについて、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人以上の場合は、減算幅を見直す。	
※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	
ウ 上記ア又はイによる減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記ア又はイによる減算を受けている者の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する。	

<b>単位数、算定要件等</b>	
＜現行＞	＜改定後＞
減算等の内容	減算等の内容
算定要件	算定要件
<p>10%減算</p> <p>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（<u>養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る</u>）に居住する者</p> <p>②上記以外の範囲に所在する建物（<u>建物の定義は同上</u>）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）</p>	<p>①・③10%減算</p> <p>②15%減算</p> <p>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。）</p> <p>②上記の建物のうち、<u>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</u></p> <p>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）</p>

57

## 6. 訪問リハビリテーション ⑫介護医療院が提供する訪問リハビリテーション

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- 訪問リハビリテーションについては、介護療養型医療施設が提供可能であったことを踏まえ、介護医療院においても提供することを可能とする。

### 単位数

○介護医療院の場合

	<現行>		<改定後>
訪問リハビリテーション費	なし	⇒	290単位/回（新設）
介護予防訪問リハビリテーション費	なし	⇒	290単位/回（新設）

58

## 6. 訪問リハビリテーション ⑬その他

### 概要

※介護予防訪問リハビリテーションのみ

- 平成29年度をもって介護予防訪問介護の地域支援事業への移行が完了することに伴い、介護予防訪問リハビリテーションにおける訪問介護連携加算を廃止することとする。

### 単位数

	<現行>		<改定後>
訪問介護連携加算	300単位/回	⇒	なし（廃止）

59



注1～3 (略)

4 指定訪問入浴介護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入浴介護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(指定訪問入浴介護事業所における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を除く。)又は指定訪問入浴介護事業所における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。)に居住する利用者に対して、指定訪問入浴介護を行った場合は、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、指定訪問入浴介護事業所における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に対して、指定訪問入浴介護を行った場合は、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。

5～8 (略)

ロ (略)

ハ 介護職員処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問入浴介護事業所が、利用者に対し、指定訪問入浴介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、平成33年3月31日までの間(4)及び(5)については、別に厚生労働大臣が定める期日までの間)、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。

(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)イ及びロにより算定した単位数の1000分の58に相当する単位数

(2)～(5) (略)

3 訪問看護費

注1～3 (略)

4 指定訪問入浴介護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入浴介護事業所と同一の建物に居住する利用者又は指定訪問入浴介護事業所における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の利用者に対し、指定訪問入浴介護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

5～8 (略)

ロ (略)

ハ 介護職員処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問入浴介護事業所が、利用者に対し、指定訪問入浴介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、平成30年3月31日までの間、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。

(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)イからロまでにより算定した単位数の1000分の58に相当する単位数

(2)～(5) (略)

3 訪問看護費

- 8 -

イ 指定訪問看護ステーションの場合

(1) 所要時間20分未満の場合	311単位
(2) 所要時間30分未満の場合	467単位
(3) 所要時間30分以上1時間未満の場合	816単位
(4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,118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の場合(1回につき)	296単位

ロ 病院又は診療所の場合

(1) 所要時間20分未満の場合	263単位
(2) 所要時間30分未満の場合	396単位
(3) 所要時間30分以上1時間未満の場合	569単位
(4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	836単位

ハ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合 2,935単位

注1 イ及びロについて、通院が困難な利用者(末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者並びに精神科訪問看護・指導料(診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬点数表」という。))の区分番号I 012に掲げる精神科訪問看護・指導料をいう。)及び精神科訪問看護基本療養費(訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法(平成20年厚生労働省告示第67号)別表の区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費をいう。)に係る訪問看護の利用者を除く。以下この号において同じ。)に対して、その主治の医師の指示(指定訪問看護ステーション(指定居宅サービス基準第60条第1項第1号に規定する指定訪問看護ステーションをいう。以下同じ。)にあっては、主治の医師が交付した文書による指示。以下この号において同じ。)及び訪問看護計画書(指定居宅サービス基準第70条第1項に規定する訪問看護計画書をいう。以下同じ。))に基づき、指定訪問看護事業所(指定居宅サービス基準第60

イ 指定訪問看護ステーションの場合

(1) 所要時間20分未満の場合	310単位
(2) 所要時間30分未満の場合	463単位
(3) 所要時間30分以上1時間未満の場合	814単位
(4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,117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の場合(1回につき)	302単位

ロ 病院又は診療所の場合

(1) 所要時間20分未満の場合	262単位
(2) 所要時間30分未満の場合	392単位
(3) 所要時間30分以上1時間未満の場合	567単位
(4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	835単位

ハ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合 2,935単位

注1 イ及びロについて、通院が困難な利用者(末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。以下この号において同じ。)に対して、その主治の医師の指示(指定訪問看護ステーション(指定居宅サービス基準第60条第1項第1号に規定する指定訪問看護ステーションをいう。以下同じ。)にあっては、主治の医師が交付した文書による指示。以下この号において同じ。)及び訪問看護計画書(指定居宅サービス基準第70条第1項に規定する訪問看護計画書をいう。以下同じ。))に基づき、指定訪問看護事業所(指定居宅サービス基準第60条第1項に規定する指定訪問看護事業所をいう。以下同じ。)の保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士(以下「看護師等」という。)が、指定訪問看護(指定居宅サービス基準第59条に規定する指定訪問看護をいう。以下同じ。)を行った場合に、現に要した時間ではなく、訪問看護計画書に位置付けられた内容の指定訪問看護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定する。ただし、イ(1)

- 9 -



条第1項に規定する指定訪問看護事業所をいう。以下同じ。)の保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士(以下「看護師等」という。)が、指定訪問看護(指定居宅サービス基準第59条に規定する指定訪問看護をいう。以下同じ。)を行った場合に、現に要した時間ではなく、訪問看護計画書に位置付けられた内容の指定訪問看護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定する。ただし、イ(1)又はロ(1)の単位数については、指定訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている指定訪問看護事業所であって、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に算定し、准看護師が指定訪問看護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。また、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下この注において「理学療法士等」という。)が指定訪問看護を行った場合は、イ(5)の所定単位数を算定することとし、理学療法士等が1日に2回を超えて指定訪問看護を行った場合、1回につき100分の90に相当する単位数を算定する。

2 (略)

(削る)

3 (略)

4 イ及びロについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合であって、同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して指定訪問看護を行ったとき又は看護師等が看護補助者と同時に1人の利用者に対して指定訪問看護を行ったときは、複数名訪問加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につきそれぞれの

又はロ(1)の単位数については、指定訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている指定訪問看護事業所であって、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に算定し、准看護師が指定訪問看護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。この場合において、イ(5)について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1日に2回を超えて指定訪問看護を行った場合、1回につき100分の90に相当する単位数を算定する。

2 (略)

3 イ及びロについて、指定訪問看護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看護事業所と同一建物に居住する利用者又は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の利用者に対し、指定訪問看護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

4 (略)

5 イ及びロについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合であって、同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して指定訪問看護を行ったときは、次に掲げる区分に応じ、1回につきそれぞれの単位数を所定単位数に加算する。

単位数を所定単位数に加算する。

(1) 複数名訪問加算(1)

↳ 複数の看護師等が同時に所要時間30分未満の指定訪問看護を行った場合 254単位

↳ 複数の看護師等が同時に所要時間30分以上の指定訪問看護を行った場合 402単位

(2) 複数名訪問加算(2)

↳ 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満の指定訪問看護を行った場合 201単位

↳ 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上の指定訪問看護を行った場合 317単位

5 (略)

6 指定訪問看護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看護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を除く。)又は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。)に居住する利用者に対して、指定訪問看護を行った場合は、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に対して、指定訪問看護を行った場合は、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。

7～9 (略)

10 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に対して当該基準により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

(1) 所要時間30分未満の場合

254単位

(2) 所要時間30分以上の場合

402単位

6 (略)

(新設)

7～9 (略)

10 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に対して当該基準により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には、緊急時訪問看護加算として1月につき574単位を所定単位数に加算し、指定訪問看護を担当する医療機関（指定居宅サービス基準第60条第1項第2号に規定する指定訪問看護を担当する医療機関をいう。）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には、緊急時訪問看護加算として1月につき315単位を所定単位数に加算する。

11・12 (略)

13 イ及びロについて、指定訪問看護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看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日から14日間に限って、訪問看護費は、算定しない。

14 ハについて、指定訪問看護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の指示を行った場合は、当該指示の日数に応じて、1日につき97単位を所定単位数から減算する。

15 (略)

ニ (略)

ホ 退院時共同指導加算 600単位

注 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、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（当該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。）を行った後に、当該者の退院又は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に、退院時共同

なっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合は、緊急時訪問看護加算として1月につき540単位を所定単位数に加算し、指定訪問看護を担当する医療機関（指定居宅サービス基準第60条第1項第2号に規定する指定訪問看護を担当する医療機関をいう。）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場合は、緊急時訪問看護加算として1月につき290単位を所定単位数に加算する。

11・12 (略)

13 イ及びロについて、指定訪問看護を利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く。）が、当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日から14日間に限って、訪問看護費は、算定しない。

14 ハについて、指定訪問看護を利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く。）が、当該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の指示を行った場合は、当該指示の日数に応じて、1日につき97単位を所定単位数から減算する。

15 (略)

ニ (略)

ホ 退院時共同指導加算 600単位

注 病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、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（当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所又は介護老人保健施設の主治の医師その他の職員と共同し、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。）を行った後に、当該者の退院又は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に、退院時共同指導加算として、当該退院又

指導加算として、当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者については、2回）に限り、所定単位数を加算する。ただし、ニの初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算は算定しない。

へ 看護・介護職員連携強化加算 250単位

注 指定訪問看護事業所が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録又は同法附則第20条第1項の登録を受けた指定訪問看護事業所と連携し、当該事業所の訪問介護員等が当該事業所の利用者に対し社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為を円滑に行うための支援を行った場合は、1月に1回に限り所定単位数を加算する。

ト 看護体制強化加算

注 イ及びロについて、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看護事業所が、医療ニーズの高い利用者への指定訪問看護の提供体制を強化した場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月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。

(1) 看護体制強化加算Ⅰ 600単位

(2) 看護体制強化加算Ⅱ 300単位

チ (略)

4 訪問リハビリテーション費

イ 訪問リハビリテーション費（1回につき） 290単位

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。

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

は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者については、2回）に限り、所定単位数を加算する。ただし、ニの初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算は算定しない。

へ 看護・介護職員連携強化加算 250単位

注 指定訪問看護事業所が社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第20条第1項の登録を受けた指定訪問看護事業所と連携し、当該事業所の訪問介護員等が当該事業所の利用者に対し同項に規定する特定行為業務を円滑に行うための支援を行った場合は、1月に1回に限り所定単位数を加算する。

ト 看護体制強化加算 300単位

注 イ及びロについて、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看護事業所が、医療ニーズの高い利用者への指定訪問看護の提供体制を強化した場合は、1月につき所定単位数を加算する。

チ (略)

4 訪問リハビリテーション費

イ 訪問リハビリテーション費（1回につき） 302単位

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。

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。

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。

4. 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に適合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、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。

5・6 （略）

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

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建物に居住する利用者又は指定訪問リハビリテーション事業所における一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の利用者に対し、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

（新設）

（新設）

3・4 （略）

5. 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協働し、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、リハビリテーションマネジメント加算Ⅲについては3月に1回を限度として算定することとし、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Ⅰ 230単位  
ロ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ 280単位  
ハ リハビリテーションマネジメント加算Ⅲ 320単位  
ニ リハビリテーションマネジメント加算Ⅳ 420単位

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。

9. （略）

10. 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20単位を所定単位数から減算する。

ロ・ハ （略）

5. 居宅療養管理指導費

イ 医師が行う場合

(1) 居宅療養管理指導費Ⅱ

(イ) 単一建物居住者1人に対して行う場合 507単位

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理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、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Ⅰ 60単位  
ロ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ 150単位

（新設）

（新設）

6. 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。

7. （略）

（新設）

ロ・ハ （略）

5. 居宅療養管理指導費

イ 医師が行う場合

(1) 居宅療養管理指導費Ⅰ

(イ) 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 503単位

浴介護事業所における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を除く。)又は指定介護予防訪問入浴介護事業所における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。)に居住する利用者に対して、指定介護予防訪問入浴介護を行った場合は、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、指定介護予防訪問入浴介護事業所における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に対して、指定介護予防訪問入浴介護を行った場合は、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。

5～8 (略)

ロ (略)

ハ 介護職員処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市(以下「指定都市」という。))及び同法第252条の22第1項の中核市(以下「中核市」という。))にあっては、指定都市又は中核市の市長(以下同じ。)の登録を受けたものに限る。以下同じ。)に届け出た指定介護予防訪問入浴介護事業所が、利用者に対し、指定介護予防訪問入浴介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、平成33年3月31日までの間(4)及び(5)については、別に厚生労働大臣が定める期日までの間)、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。

(1)～(5) (略)

## 2 介護予防訪問看護費

イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合

(1) 所要時間20分未満の場合 300単位

建物に20人以上居住する建物の利用者に対し、指定介護予防訪問入浴介護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

5～8 (略)

ロ (略)

ハ 介護職員処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施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入浴介護事業所が、利用者に対し、指定介護予防訪問入浴介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、平成30年3月31日までの間、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。

(1)～(5) (略)

## 3 介護予防訪問看護費

イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合

(1) 所要時間20分未満の場合 310単位

- 316 -

(2) 所要時間30分未満の場合 448単位  
 (3) 所要時間30分以上1時間未満の場合 787単位  
 (4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合 1,080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の場合(1回につき) 286単位

ロ 病院又は診療所の場合

(1) 所要時間20分未満の場合 253単位  
 (2) 所要時間30分未満の場合 379単位  
 (3) 所要時間30分以上1時間未満の場合 548単位  
 (4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合 807単位

注1 通院が困難な利用者(末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者並びに精神科訪問看護・指導料(診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬点数表」という。))の区分番号1012に掲げる精神科訪問看護・指導料をいう。)及び精神科訪問看護基本療養費(訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法(平成20年厚生労働省告示第67号)別表の区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費をいう。)に係る訪問看護の利用者を除く。)に対して、その主治の医師の指示(指定介護予防訪問看護ステーション(指定介護予防サービス基準第63条第1項第1号に規定する指定介護予防訪問看護ステーションをいう。以下同じ。))にあっては、主治の医師が交付した文書による指示)及び介護予防訪問看護計画書(指定介護予防サービス基準第76条第2号に規定する介護予防訪問看護計画書をいう。以下同じ。)に基づき、指定介護予防訪問看護事業所(指定介護予防サービス基準第63条第1項に規定する指定介護予防訪問看護事業所をいう。以下同じ。)の保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士(以下「看護師等」という。)が、指定介護予防訪問看護(指定介護予防サービス基準第62条に規定する指定介護予防

(2) 所要時間30分未満の場合 463単位  
 (3) 所要時間30分以上1時間未満の場合 814単位  
 (4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合 1,117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の場合(1回につき) 302単位

ロ 病院又は診療所の場合

(1) 所要時間20分未満の場合 262単位  
 (2) 所要時間30分未満の場合 392単位  
 (3) 所要時間30分以上1時間未満の場合 567単位  
 (4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合 835単位

注1 通院が困難な利用者(末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。)に対して、その主治の医師の指示(指定介護予防訪問看護ステーション(指定介護予防サービス基準第63条第1項第1号に規定する指定介護予防訪問看護ステーションをいう。以下同じ。))にあっては、主治の医師が交付した文書による指示)及び介護予防訪問看護計画書(指定介護予防サービス基準第76条第2号に規定する介護予防訪問看護計画書をいう。以下同じ。)に基づき、指定介護予防訪問看護事業所(指定介護予防サービス基準第63条第1項に規定する指定介護予防訪問看護事業所をいう。以下同じ。)の保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士(以下「看護師等」という。)が、指定介護予防訪問看護(指定介護予防サービス基準第62条に規定する指定介護予防訪問看護をいう。以下同じ。)を行った場合に、現に要した時間ではなく、介護予防訪問看護計画書に位置付けられた内容の指定介護予防訪問看護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定する。ただし、イ(1)又はロ(1)の単位数については、指定介護予防訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている指定介護予防訪問看護事業所であって、介護予防サービス計画又は介護予防訪問看護計画書の中に20分以上の指定介護予

- 317 -

訪問看護をいう。以下同じ。)を行った場合に、現に要した時間ではなく、介護予防訪問看護計画書に位置付けられた内容の指定介護予防訪問看護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定する。ただし、イ(1)又はロ(1)の単位数については、指定介護予防訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている指定介護予防訪問看護事業所であって、介護予防サービス計画(介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。))第8条の2第16項に規定する介護予防サービス計画をいい、介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)第83条の9第1号ハ及びニに規定する計画を含む。以下同じ。)又は介護予防訪問看護計画書の中に20分以上の指定介護予防訪問看護が週1回以上含まれている場合に算定し、准看護師が指定介護予防訪問看護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。また、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下この注において「理学療法士等」という。)が指定介護予防訪問看護を行った場合は、イの(5)の所定単位数を算定することとし、理学療法士等が1日に2回を超えて指定介護予防訪問看護を行った場合、1回につき100分の90に相当する単位数を算定する。

(削る)

2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合であって、同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して指定介護予防訪問看護を行ったとき又は看護師等が看護補助者と同時に1人の利用

防訪問看護が週1回以上含まれている場合に算定し、准看護師が指定介護予防訪問看護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。なお、イ(5)について理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1日に2回を超えて指定介護予防訪問看護を行った場合、1回につき100分の90に相当する単位数を算定する。

2 指定介護予防訪問看護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介護予防訪問看護事業所と同一建物に居住する利用者又は当該指定介護予防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の利用者に対し、指定介護予防訪問看護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合であって、同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して指定介護予防訪問看護を行ったときは、次に掲げる区分に応じ、1回につきそれぞ

者に対して指定介護予防訪問看護を行ったときは、複数名訪問加算として、次に掲げる区分に応じ、1回につきそれぞれの単位数を所定単位数に加算する。

(1) 複数名訪問加算①

イ 複数の看護師等が同時に所要時間30分未満の指定介護予防訪問看護を行った場合 254単位

ロ 複数の看護師等が同時に所要時間30分以上の指定介護予防訪問看護を行った場合 402単位

(2) 複数名訪問加算②

イ 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満の指定介護予防訪問看護を行った場合 201単位

ロ 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上の指定介護予防訪問看護を行った場合 317単位

4 (略)

5 指定介護予防訪問看護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介護予防訪問看護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(指定介護予防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を除く。)又は指定介護予防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。)に居住する利用者に対して、指定介護予防訪問看護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定し、指定介護予防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に対して、指定介護予防訪問看護を行った場合は、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。

6～8 (略)

9 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

れの単位数を所定単位数に加算する。

イ 所要時間30分未満の場合 254単位

ロ 所要時間30分以上の場合 402単位

5 (略)

(新設)

6～8 (略)

9 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に対して当該基準により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には、緊急時介護予防訪問看護加算として1月につき574単位を所定単位数に加算し、指定介護予防訪問看護を担当する医療機関（指定介護予防サービス基準第63条第1項第2号に規定する指定介護予防訪問看護を担当する医療機関をいう。）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には、緊急時介護予防訪問看護加算として1月につき315単位を所定単位数に加算する。

10 (略)

11 指定介護予防訪問看護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指定介護予防訪問看護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、介護予防訪問看護費は、算定しない。

12 (略)

ハ (略)

ニ 退院時共同指導加算 600単位

注 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定介護予防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（当該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。）を行った後に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定介護予防訪問看護を行った場合に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回

道府県知事に届け出た指定介護予防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に対して当該基準により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場合は、緊急時介護予防訪問看護加算として1月につき540単位を所定単位数に加算し、指定介護予防訪問看護を担当する医療機関（指定介護予防サービス基準第63条第1項第2号に規定する指定介護予防訪問看護を担当する医療機関をいう。）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場合は、緊急時介護予防訪問看護加算として1月につき290単位を所定単位数に加算する。

10 (略)

11 指定介護予防訪問看護を利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く。）が、当該者が急性増悪等により一時的に頻回の指定介護予防訪問看護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、介護予防訪問看護費は、算定しない。

12 (略)

ハ (略)

ニ 退院時共同指導加算 600単位

注 病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定介護予防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（当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所又は介護老人保健施設の主治の医師その他の職員と共同し、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。）を行った後に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定介護予防訪問看護を行った場合に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利

（特別な管理を必要とする利用者については、2回）に限り、所定単位数を加算する。ただし、ハの初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算は算定しない。

ホ・ヘ (略)

### 3 介護予防訪問リハビリテーション費

イ 介護予防訪問リハビリテーション費（1回につき） 290単位

注1 通院が困難な利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス基準第79条第1項に規定する指定介護予防訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）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、指定介護予防訪問リハビリテーション（指定介護予防サービス基準第78条に規定する指定介護予防訪問リハビリテーションをいう。以下同じ。）を行った場合に算定する。

2 指定介護予防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介護予防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（指定介護予防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。）又は指定介護予防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、指定介護予防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、指定介護予防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、指定介護予防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。

（特別な管理を必要とする利用者については、2回）に限り、所定単位数を加算する。ただし、ハの初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算は算定しない。

ホ・ヘ (略)

### 4 介護予防訪問リハビリテーション費

イ 介護予防訪問リハビリテーション費（1回につき） 302単位

注1 通院が困難な利用者に対して、指定介護予防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医師の指示に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。

2 指定介護予防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介護予防訪問リハビリテーション事業所と同一の建物に居住する利用者又は当該指定介護予防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の利用者に対し、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定介護予防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介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、特別地域介護予防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。

（新設）

4 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に適合する指定介護予防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介護予防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10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

（新設）

5・6 （略）  
（削る）

3・4 （略）

5 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士及び指定介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者が、指定介護予防訪問介護及び指定介護予防訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、当該理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がサービス提供責任者に対して、介護予防訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合に、3月に1回を限度として300単位を所定単位数に加算する。

（新設）

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介護予防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方が協働し、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、1月に

つき230単位を所定単位数に加算する。

8 指定介護予防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、介護予防訪問リハビリテーション費は算定しない。

9 （略）

10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定介護予防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、当該指定介護予防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、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき20単位を所定単位数から減算する。

ロ 事業所評価加算 120単位

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。）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。

ハ （略）

4 介護予防居宅療養管理指導費

イ 医師が行う場合

(1) 介護予防居宅療養管理指導費(Ⅰ)

㊦ 単一建物居住者1人に対して行う場合 507単位

㊧ 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 483単位

㊨ ㊦及び㊧以外の場合 442単位

(2) 介護予防居宅療養管理指導費(Ⅱ)

㊦ 単一建物居住者1人に対して行う場合 294単位

㊧ 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 284単位

6 指定介護予防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、介護予防訪問リハビリテーション費は算定しない。

7 （略）

（新設）

（新設）

ロ （略）

5 介護予防居宅療養管理指導費

イ 医師が行う場合

(1) 介護予防居宅療養管理指導費(Ⅰ)

㊦ 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 503単位

㊧ 同一建物居住者に対して行う場合 452単位

（新設）

(2) 介護予防居宅療養管理指導費(Ⅱ)

㊦ 同一建物居住者以外の者に対して行う場合 292単位

㊧ 同一建物居住者に対して行う場合 262単位

○（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係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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>第2 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項</p> <p>1 通則</p> <p>(1) 算定上における端数処理について</p> <p>① 単位数算定の際の端数処理</p> <p>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、絶対値を整数値に割合を乗じていく計算になる。</p> <p>(例) 訪問介護（身体介護中心 30分以上1時間未満で388単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所と同一の建物に居住する利用者にサービスを行う場合、所定単位数の90%を算定</li> </ul> <p>388×0.9=349.2→349 単位</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この事業所が特定事業所加算(Ⅰ)を算定している場合、所定単位数の20%を加算</li> </ul> <p>349×1.2=418.8→419 単位</p> <p>* 388×0.9×1.2=419.04として四捨五入するのではない。</p> <p>② 金額換算の際の端数処理</p> <p>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。</p> <p>(例) 前記①の事例で、このサービスを月に6回提供した場合（地域区分は1級地）</p> <p>419 単位×6回=2,514 単位</p> <p>2,514 単位×11.40円/単位=28,659.60円→28,659 円</p> <p>なお、サービスコードについては、介護職員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。</p> <p>(2) サービス種類相互の算定関係について</p> <p>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居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費、訪問入浴介護費、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、通所介護費及び通所リハビリテーション費並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護費、夜間対応型訪問介護費、地域密着型通所介護費、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。</p> <p>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</p>	<p>第2 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項</p> <p>1 通則</p> <p>(1) 算定上における端数処理について</p> <p>① 単位数算定の際の端数処理</p> <p>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、絶対値を整数値に割合を乗じていく計算になる。</p> <p>(例) 訪問介護（身体介護中心 30分以上1時間未満で388単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所と同一の建物に居住する利用者にサービスを行う場合、所定単位数の90%を算定</li> </ul> <p>388×0.9=349.2→349 単位</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この事業所が特定事業所加算(Ⅰ)を算定している場合、所定単位数の20%を加算</li> </ul> <p>349×1.2=418.8→419 単位</p> <p>* 388×0.9×1.2=419.04として四捨五入するのではない。</p> <p>② 金額換算の際の端数処理</p> <p>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。</p> <p>(例) 前記①の事例で、このサービスを月に6回提供した場合（地域区分は1級地）</p> <p>419 単位×6回=2,514 単位</p> <p>2,514 単位×11.40円/単位=28,659.60円→28,659 円</p> <p>なお、サービスコードについては、介護職員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。</p> <p>(2) サービス種類相互の算定関係について</p> <p>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居宅サービス又は地域密着型サービスを利用させることは差し支えないものであること。また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費、訪問入浴介護費、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、通所介護費及び通所リハビリテーション費並びに定期巡回・随時対応型訪問介護看護費、夜間対応型訪問介護費、地域密着型通所介護費、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。</p> <p>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</p>



○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

旧	新
<p>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、本人の可否確認・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取扱いは、当該時間帯に通所サービスを利用するかどうかにかかわらず、同様である。）。</p> <p>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。</p> <p>(3) 施設入所日及び退所日等における居宅サービスの算定について 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の退所（退院）日又は短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）については、訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費及び通所リハビリテーション費は算定できない。訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院）日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。</p> <p>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。</p> <p>また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設若しくは経過的介護療養型医療施設の試行的退所を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に居宅サービスは算定できない。</p> <p>(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、同一時間帯に利用する場合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。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という。以下同じ。）を通じて、利用者の心身の状況や介護の内容から同一時間帯に訪問看護を利用することが必要であると判断され、30分以上1時間未満の訪問介護（身体介護中心の場合）と訪問看護（指定訪問看護ステーションの場合）を同一時間帯に利用した場合、訪問介護については388単位、訪問看護については814単位がそれぞれ算定されることとなる。</p> <p>(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に位置づける。例えば、要介護</p>	<p>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、本人の可否確認・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取扱いは、当該時間帯に通所サービスを利用するかどうかにかかわらず、同様である。）。</p> <p>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。</p> <p>(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、<u>介護療養型医療施設及び介護医療院</u>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。</p> <p>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。</p> <p>また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設、<u>経過的介護療養型医療施設若しくは介護医療院</u>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。</p> <p>(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、同一時間帯に利用する場合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。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という。以下同じ。）を通じて、利用者の心身の状況や介護の内容から同一時間帯に訪問看護を利用することが必要であると判断され、30分以上1時間未満の訪問介護（身体介護中心の場合）と訪問看護（指定訪問看護ステーションの場合）を同一時間帯に利用した場合、訪問介護については388単位、訪問看護については816単位がそれぞれ算定されることとなる。</p> <p>(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に位置づける。例えば、要介護</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

旧	新
<p>高齢者夫婦のみの世帯に100分訪問し、夫に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）、妻に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）を提供した場合、夫、妻それぞれ388単位ずつ算定される。ただし、生活援助については、要介護者間で適宜所要時間を振り分けることとする。</p> <p>(6) 訪問サービスの行われる利用者の居宅について</p> <p>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（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をもってして訪問介護として算定することはできない。</p> <p>(7) 「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について</p> <p>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。</p> <p>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おいては、最も新しい判定を用いるものとする。</p> <p>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。）については、「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。</p> <p>4 訪問看護費</p> <p>(1) 「通院が困難な利用者」について</p> <p>訪問看護費は「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、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居宅での支援が不可欠な者に対して、ケアマネジメントの結果、訪問看護の提供が必要と判断された場合は訪問看護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、通院サー</p>	<p>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分訪問し、夫に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）、妻に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）を提供した場合、夫、妻それぞれ388単位ずつ算定される。ただし、生活援助については、要介護者間で適宜所要時間を振り分けることとする。</p> <p>(6) 訪問サービスの行われる利用者の居宅について</p> <p>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（病院等）に行くための準備を含む一連のサービスの移動等の介助などである。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をもってして訪問介護として算定することはできない。</p> <p>(7) 「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について</p> <p>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。</p> <p>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おいては、最も新しい判定を用いるものとする。</p> <p>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。）については、「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。</p> <p>4 訪問看護費</p> <p>(1) 「通院が困難な利用者」について</p> <p>訪問看護費は「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、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居宅での支援が不可欠な者に対して、ケアマネジメントの結果、訪問看護の提供が必要と判断された場合は訪問看護費を算定できるものである。「通院</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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、通院サービスを優先すべきということである。</p> <p>(2) 訪問看護指示の有効期間について 訪問看護費は、訪問看護ステーションにあっては、主治の医師の判断に基づいて交付（2か所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護の場合は各訪問看護ステーションごとに交付）された指示書の有効期間内に訪問看護を行った場合に算定する。 なお、医療機関にあっては、指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から診療情報提供を受けて、訪問看護を実施した場合には、診療情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。</p> <p>(3) 訪問看護の所要時間について ① 20分未満の訪問看護費の算定について 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<b>保健師又は看護師による訪問看護</b>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併せ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。</p> <p>② 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。 (一) 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。 (二) 一人の看護職員（<u>保健師、看護師又は准看護師をいう。以下同じ。</u>）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こととする。なお、当該訪問看護の提供時間を合算に含まれる場合には、当該訪問看護の所要時間を合算することとする。なお、当該訪問看護の提供時間を合算した場合には、当該訪問看護の所要時間を合算することとする。なお、当該訪問看護の提供時間を合算した場合には、当該訪問看護の所要時間を合算することとする。 (三) 一人の看護職員又は理学療法士、作業療法士若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、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護費は、准看護師による訪問看護費を算定する。 (四) 一人の看護職員が訪問看護を行った後に続いて別の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を行う場合は、当該訪問看護の所要時間を合算することとする。なお、一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。</p>	<p>ビスを優先すべきということである。</p> <p>(2) 訪問看護指示の有効期間について 訪問看護費は、訪問看護ステーションにあっては、主治の医師の判断に基づいて交付（2か所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護の場合は各訪問看護ステーションごとに交付）された指示書の有効期間内に訪問看護を行った場合に算定する。 なお、医療機関にあっては、指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から診療情報提供を受けて、訪問看護を実施した場合には、診療情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。</p> <p>(3) 訪問看護の所要時間の算定について ① 20分未満の訪問看護の算定について 20分未満の訪問看護は、短時間かつ頻回な医療処置等が必要な利用者に対し、日中等の訪問看護における十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提として行われるものである。したがって、居宅サービス計画又は訪問看護計画において20分未満の訪問看護のみが設定されることは適切ではなく、20分以上の訪問看護を週1回以上含む設定とすること。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。</p> <p>② 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。 (一) 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。 (二) 一人の看護職員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こととする。なお、当該訪問看護の提供時間を合算した場合には、当該訪問看護の所要時間を合算することとする。なお、当該訪問看護の提供時間を合算した場合には、当該訪問看護の所要時間を合算することとする。 (三) 一人の看護職員又は理学療法士、作業療法士若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、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護費は、准看護師による訪問看護費を算定する。 (四) なお、一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。</p> <p>(4) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

旧	新
<p>① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、その訪問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。</p> <p>なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第42条第1項）に限る。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、1回当たり20分以上訪問看護を実施することとし、一人の利用者につき週に6回を限度として算定する。</p> <p><b>（新設）</b></p>	<p>(4) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について</p> <p>① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、その訪問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。</p> <p>なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第42条第1項）に限る。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、1回当たり20分以上訪問看護を実施することとし、一人の利用者につき週に6回を限度として算定する。</p> <p>③ <u>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士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、作業療法士若しくは言語聴覚士間で利用者の状況、実施した内容を共有するとともに、訪問看護計画書（以下、「計画書」という。）及び訪問看護報告書（以下、「報告書」という。）は、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て作成すること。また、主治医に提出する計画書及び報告書は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した内容も一体的に含むものとする。</u></p> <p>④ <u>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において十分な連携を図らうえで作成すること。</u></p> <p>⑤ <u>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</u>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。</p> <p>⑥ <u>⑤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は利用者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。</u></p> <p>(5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携</p> <p>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ない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。</p> <p>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。</p> <p>(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</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>には、利用期間（訪問看護の利用を開始した日から月末日まで又は当該月の初日から利用を終了した日まで）に対応した単位数を算定する（以下4において「日割り計算」という。）こととする。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(四) 月途中で、末期の悪性腫瘍又は別に厚生労働大臣が定める疾病の状態（利用者等告示第4号を参照のこと。）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。</p> <p>(6) 末期の悪性腫瘍の患者等の取扱いについて 末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等（利用者等告示第4号を参照のこと。）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。</p> <p>(7) <u>精神科訪問看護・指導料等に係る訪問看護の利用者の取扱いについて</u> <u>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、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。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ものであること。</u></p> <p>(8) <u>居宅サービス計画に准看護師の訪問が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により訪問看護が行われた場合の取扱い</u> <u>① 居宅サービス計画に、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師ではなく保健師又は看護師が訪問する場合には、所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定すること。また、居宅サービス計画に、准看護師ではなく保健師又は看護師が訪問することとされている場合に、准看護師が訪問する場合は、准看護師が訪問する場の単位数（所定単位数の100分の90）を算定すること。</u> <u>② 居宅サービス計画に、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師ではなく理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問する場合には、言語聴覚士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の所定単位数を算定すること。また、居宅サービス計画に、准看護師ではなく、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問することとされている場合に、准看護師が訪問する場合には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の所定単位数を算定すること。</u> (削る)</p>	<p>には、利用期間（訪問看護の利用を開始した日から月末日まで又は当該月の初日から利用を終了した日まで）に対応した単位数を算定する（以下4において「日割り計算」という。）こととする。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(四) 月途中で、末期の悪性腫瘍又は別に厚生労働大臣が定める疾病の状態（利用者等告示第4号を参照のこと。）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。</p> <p>(6) 末期の悪性腫瘍の患者等の取扱いについて 末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等（利用者等告示第4号を参照のこと。）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。</p> <p>(7) <u>指定訪問看護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い</u> <u>訪問介護と同様であるので、2(11)を参照されたい。</u></p> <p>(8) 二人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合の加算について <u>① 二人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合の加算は、体重が重い利用者を一人が支持しながら、必要な処置を行う場合等、一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り、これらの事情がない場合に、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。</u> <u>② 訪問を行うのは、両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士であることを要する。</u></p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>(9) 早朝・夜間、深夜の訪問看護の取扱い 訪問介護と同様であるので、2(13)を参照されたい。なお、20分未満の訪問の場合についても、同様の取扱いとする。</p> <p>(10) <u>複数名訪問加算について</u> ① 二人の看護師等又は一人の看護師等と一人の看護補助者が同時に訪問看護を行う場合の複数名訪問加算は、体重が重い利用者を一人が支持しながら、必要な処置を行う場合等、一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り、これらの事情がない場合に、単に二人の看護師等（うち一人が看護補助者の場合も含む。）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。</p> <p>② <u>複数名訪問加算（Ⅰ）において訪問を行うのは、兩名とも看護師等であることとし、複数名訪問加算（Ⅱ）において訪問を行うのは、訪問看護を行う一人が看護師等であり、同時に訪問する一人が看護補助者であることを要する。</u></p> <p>③ <u>複数名訪問加算（Ⅱ）における看護補助者とは、訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことであり、資格は問わないうが、秘密保持や安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要があるものとする。</u></p> <p>(11) <u>長時間訪問看護への加算について</u> ① 「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」については(16)を参照のこと。 ② <u>当該加算については、保健師又は看護師が行う場合であっても、看護師が行う場合であっても、同じ単位を算定するものとする。</u></p> <p>(12) <u>指定訪問看護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い</u> 訪問介護と同様であるので、2(〇11)を参照されたい。</p> <p>(13) <u>特別地域訪問看護加算の取扱い</u> 訪問介護と同様であるので、2(〇)を参照されたい。 なお、当該加算は所定単位数の15%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。</p> <p>(14) 注8について</p>	<p>(9) <u>居宅サービス計画で訪問看護の訪問が予定されている場合に、<u>准看護師以外の看護師等により訪問看護が行われた場合の取扱い</u></u> 居宅サービス計画で、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師以外の看護師等が訪問する場合は、<u>所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定すること</u>。また、居宅サービス計画で、<u>准看護師以外の看護師等が訪問することとされている場合に、<u>准看護師が訪問する場合には、<u>准看護師が訪問する場合は、<u>所定単位数の100分の90</u>を算定すること。</u></u></u></p> <p>(10) 早朝・夜間、深夜の訪問看護の取扱い 訪問介護と同様であるので、2(13)を参照されたい。なお、20分未満の訪問の場合についても、同様の取扱いとする。 (新設)</p> <p>(11) <u>特別地域訪問看護加算の取扱い</u> 訪問介護と同様であるので、2(14)を参照されたい。 なお、当該加算は所定単位数の15%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時訪</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）  
傍線の部分は改正部分

旧	新
<p>問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。</p> <p>(12) 注8について 訪問介護と同様であるので、2(15)を参照されたい。 なお、当該加算は所定単位数の10%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。</p> <p>(13) 注9について 訪問介護と同様であるので、2(16)を参照されたい。 なお、当該加算は所定単位数の5%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。</p> <p>(14) 長時間訪問看護への加算について ① 「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」については(16)を参照のこと。 ② 当該加算については、看護師が行う場合であっても看護師が行う場合であっても、同じ単位を算定するものとする。</p> <p>(15) 緊急時訪問看護加算について ① 緊急時訪問看護加算については、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、当該事業所の看護師等が訪問看護を受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に加算する。 ② 緊急時訪問看護加算については、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加算するものとする。なお当該加算を介護保険で請求した場合に、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける緊急時訪問看護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24時間連続体制加算及び24時間対応体制加算は算定できないこと。 ③ 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（准看護師による緊急時訪問の場合は所定単位数の100分の90）を算定する。この場合、居宅サービス計画の変更を要する。 なお、当該緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算は算定できないが、1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算は算定に係る加算を算定できるものとする。 ④ 緊急時訪問看護加算は、一人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。このため、緊急時訪問看護加算に係る訪問看護を受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問看護を受けていないかを確認すること。 ⑤ 訪問看護を担当する医療機関にあっては、緊急時訪問看護加算の届出は利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、訪</p>	<p>訪問介護と同様であるので、2(○15)を参照されたい。 なお、当該加算は所定単位数の10%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。</p> <p>(15) 注9について 訪問介護と同様であるので、2(○16)を参照されたい。 なお、当該加算は所定単位数の5%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。</p> <p>(16) 緊急時訪問看護加算について ① 緊急時訪問看護加算については、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、当該事業所の看護師等が訪問看護を受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に加算する。 ② 緊急時訪問看護加算については、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加算するものとする。なお当該加算を介護保険で請求した場合に、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける緊急時訪問看護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24時間連続体制加算は算定できないこと。 ③ 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（准看護師による緊急時訪問の場合は所定単位数の100分の90）を算定する。この場合、居宅サービス計画の変更を要する。 なお、当該緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算は算定できないが、1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定できるものとする。 ④ 緊急時訪問看護加算は、一人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。このため、緊急時訪問看護加算に係る訪問看護を受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問看護を受けていないかを確認すること。 ⑤ 訪問看護を担当する医療機関にあっては、緊急時訪問看護加算の届出は利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、訪</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>問看護ステーションにおける緊急時訪問看護加算の算定に当たっては、第1の1(5)によらず、届出を受理した日から算定するものとする。</p> <p>(17) 特別管理加算について</p> <p>① 特別管理加算については、利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。</p> <p>② 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看護小規模多機能型居宅介護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こと。</p> <p>③ 特別管理加算は、一人の利用者に対し、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。</p> <p>④ 「真皮を越える褥瘡の状態」とは、NPUAP (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) 分類Ⅲ度若しくはⅣ度又はDESI GN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。</p> <p>⑤ 「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（1週間に1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（利用者の家族等を行う指導を含む）について訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>⑥ 「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」とは、主治の医師が点滴注射を週3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つて、かつ、当該事業所の看護職員が週3日以上点滴注射を実施している状態をいう。</p> <p>⑦ ⑥の状態にある者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、訪問看護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。</p> <p>⑧ 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこととする。</p> <p>(18) ターミナルケア加算について</p> <p>① ターミナルケア加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとされているが、ターミナルケアを最後に行った日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとする。</p> <p>② ターミナルケア加算は、一人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、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看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並</p>	<p>⑤ 訪問看護を担当する医療機関にあっては、緊急時訪問看護加算の届出は利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、訪問看護ステーションにおける緊急時訪問看護加算の算定に当たっては、第1の1(5)によらず、届出を受理した日から算定するものとする。</p> <p>(16) 特別管理加算について</p> <p>① 特別管理加算については、利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。</p> <p>② 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看護小規模多機能型居宅介護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こと。</p> <p>③ 特別管理加算は、一人の利用者に対し、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。</p> <p>④ 「真皮を越える褥瘡の状態」とは、NPUAP (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) 分類Ⅲ度若しくはⅣ度又はDESI GN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。</p> <p>⑤ 「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（1週間に1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（利用者の家族等を行う指導を含む）について訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>⑥ 「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」とは、主治の医師が点滴注射を週3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つて、かつ、当該事業所の看護職員が週3日以上点滴注射を実施している状態をいう。</p> <p>⑦ ⑥の状態にある者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、訪問看護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。</p> <p>⑧ 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこととする。</p> <p>(17) ターミナルケア加算について</p> <p>① ターミナルケア加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとされているが、ターミナルケアを最後に行った日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとする。</p> <p>② ターミナルケア加算は、一人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、</p>



○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算（以下、「ターミナルケア加算等」という。）は算定できないこと。</p> <p>③ 1の事業所において、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等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できないこと。</p> <p>④ ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録しなければならない。</p> <p>ア 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録</p> <p>イ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録</p> <p>ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づきケアマネジメント及び対応の経過の記録</p> <p>エ <u>ウについては、「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。</u></p> <p>⑤ ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。</p> <p>⑥ <u>ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。</u></p> <p>(19) 主治の医師の特別な指示があった場合の取扱い 利用者が急性増悪等により一時的に頻回に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。なお、医療機関の訪問看護の利用者について、急性増悪等により一時的に頻回に訪問看護を行う必要があつて、医療保険の給付対象となる場合には、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならない。</p> <p>(20) 介護老人保健施設、<u>介護療養型医療施設及び介護医療院</u>を退所・退院した日の訪問看護の取扱い 介護老人保健施設、<u>指定介護療養型医療施設及び介護医療院</u>を退所・退院した日については、第2の1の(3)に関わらず、厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第6号を参照のこと。）にある利用者に限り、訪問看護費を算定できるとする。 なお、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。</p> <p>(21) 初回加算について</p>	<p>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看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア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訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算（以下、「<u>4</u>において「ターミナルケア加算等」という。）は算定できないこと。</p> <p>③ 1の事業所において、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等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できないこと。</p> <p>④ ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録しなければならない。</p> <p>ア 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録</p> <p>イ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録</p> <p>ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づきケアマネジメント及び対応の経過の記録</p> <p>(新設)</p> <p>⑤ ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。</p> <p>(新設)</p> <p>(18) 主治の医師の特別な指示があった場合の取扱い 利用者が急性増悪等により一時的に頻回に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。なお、医療機関の訪問看護の利用者について、急性増悪等により一時的に頻回に訪問看護を行う必要があつて、医療保険の給付対象となる場合には、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならない。</p> <p>(19) 介護老人保健施設及び<u>介護療養型医療施設</u>を退所・退院した日の訪問看護の取扱い 介護老人保健施設及び<u>指定介護療養型医療施設</u>を退所・退院した日については、第2の1の(3)に関わらず、厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第6号を参照のこと。）にある利用者に限り、訪問看護費を算定できるとする。 なお、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。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

旧	新
<p>(20) 初回加算について 本加算は、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訪問看護計画書を作成した場合に算定する。</p> <p>(21) 退院時共同指導加算について ① 退院時共同指導加算は、病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、訪問看護ステーションの看護師等が、退院時共同指導を行った後に当該者の退院又は退所後、初回の訪問看護を実施した場合に、一人の利用者に当該者の退院又は退所につき1回（厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第6号を参照のこと。））にある利用者について、複数日に退院時共同指導を行った場合には2回）に限り、当該加算を算定すること。この場合の当該加算は、初回の訪問看護を実施した日に算定すること。 なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定すること。</p> <p>② 2回の当該加算の算定が可能である利用者（①の厚生労働大臣が定める状態の者）に対して複数の訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所が退院時共同指導を行う場合については、1回ずつの算定も可能であること。</p> <p>③ 複数の訪問看護ステーション等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設に対し、他の訪問看護ステーション等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。</p> <p>④ 退院時共同指導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看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける退院時共同指導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当該加算は算定できないこと（②の場合を除く。）。</p> <p>⑤ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>(22) 看護・介護職員連携強化加算について ① 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、訪問看護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引等の業務が円滑に行われるよう、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行うとともに当該訪問介護員等と同行し、利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合、又は利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合に算定する。なお、訪問介護員等と同行訪問した場合や会議に出席した場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>② 当該加算は、①の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加算する。</p>	<p>本加算は、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訪問看護計画書を作成した場合に算定する。</p> <p>(22) 退院時共同指導加算について ① 退院時共同指導加算は、病院、診療所又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、訪問看護ステーションの看護師等が、退院時共同指導を行った後に当該者の退院又は退所後、初回の訪問看護を実施した場合に、一人の利用者に当該者の退院又は退所につき1回（厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第6号を参照のこと。））にある利用者について、複数日に退院時共同指導を行った場合には2回）に限り、当該加算を算定すること。この場合の当該加算は、初回の訪問看護を実施した日に算定すること。 なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定すること。</p> <p>② 2回の当該加算の算定が可能である利用者（①の厚生労働大臣が定める状態の者）に対して複数の訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所が退院時共同指導を行う場合については、1回ずつの算定も可能であること。</p> <p>③ 複数の訪問看護ステーション等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対し、他の訪問看護ステーション等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。</p> <p>④ 退院時共同指導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看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける退院時共同指導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当該加算は算定できないこと（②の場合を除く。）。</p> <p>⑤ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>(23) 看護・介護職員連携強化加算について ① 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、訪問看護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引等の業務が円滑に行われるよう、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行うとともに当該訪問介護員等と同行し、利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合、又は利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合に算定する。なお、訪問介護員等と同行訪問した場合や会議に出席した場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>② 当該加算は、①の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加算する。</p>

○（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係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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

旧	新
<p>③ 当該加算は訪問看護が24時間行え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。</p> <p>④ 訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護員等と同行し、たんの吸引等の実施状況を確認する際、通常の訪問看護の提供以上に時間を要した場合であっても、ケアプラン上に位置づけられた訪問看護費を算定する。</p> <p>⑤ 当該加算は訪問介護員等のたんの吸引等の技術不足を補うために同行訪問を実施することを目的としたものではないため、訪問介護員等のたんの吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的で、訪問看護事業所の看護職員が同行訪問を実施した場合は、当該加算及び訪問看護費は算定できない。</p> <p>(23) 看護体制強化加算について</p> <p>① 大臣基準告示第9号イ(1)の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数に掲げる数で除して、算定日が属する月の前3月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア 指定訪問看護事業所における緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数</p> <p>イ 指定訪問看護事業所における実利用者の総数</p> <p>② 大臣基準告示第9号ロ(2)の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数に掲げる数で除して、算定日が属する月の前3月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア 指定訪問看護事業所における特別管理加算を算定した実利用者数</p> <p>イ 指定訪問看護事業所における実利用者の総数</p> <p>③ ①及び②に規定する実利用者数は、前3月間において、当該事業所が提供する訪問看護を2回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数えること。そのため、①及び②に規定する割合の算出において、利用者には、当該指定訪問看護事業所を現に利用していない者も含むことに留意すること。</p> <p>④ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該指定訪問看護事業所の看護師等が、当該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。</p> <p>(新設)</p> <p>⑤ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、大臣基準告示第9号イ(1)、ロの割合及びイ(2)の人数については、継続的に所定の基準を維持しなければならない。なお、その割合及び人数については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合には、直ちに第一の5に規定する届出を提出しなければならないこと。</p> <p>(新設)</p>	<p>③ 当該加算は訪問看護が24時間行え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。</p> <p>④ 訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護員等と同行し、たんの吸引等の実施状況を確認する際、通常の訪問看護の提供以上に時間を要した場合であっても、ケアプラン上に位置づけられた訪問看護費を算定する。</p> <p>⑤ 当該加算は訪問介護員等のたんの吸引等の技術不足を補うために同行訪問を実施することを目的としたものではないため、訪問介護員等のたんの吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的で、訪問看護事業所の看護職員が同行訪問を実施した場合は、当該加算及び訪問看護費は算定できない。</p> <p>(24) 看護体制強化加算について</p> <p>① 大臣基準告示第9号イ(1)の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数に掲げる数で除して、算定日が属する月の前6月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア 指定訪問看護事業所における緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数</p> <p>イ 指定訪問看護事業所における実利用者の総数</p> <p>② 大臣基準告示第9号ロ(2)の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数に掲げる数で除して、算定日が属する月の前6月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア 指定訪問看護事業所における特別管理加算を算定した実利用者数</p> <p>イ 指定訪問看護事業所における実利用者の総数</p> <p>③ ①及び②に規定する実利用者数は、前6月間において、当該事業所が提供する訪問看護を2回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数えること。そのため、①及び②に規定する割合の算出において、利用者には、当該指定訪問看護事業所を現に利用していない者も含むことに留意すること。</p> <p>④ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該指定訪問看護事業所の看護師等が、当該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。</p> <p>⑤ <u>看護体制強化加算を算定するに当たっては、医療機関と連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。</u></p> <p>⑥ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、大臣基準告示第9号イ(1)、イ(2)の割合及びイ(3)若しくはロ(2)の人数については、継続的に所定の基準を維持しなければならない。なお、その割合及び人数については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合には、直ちに第一の5に規定する届出を提出しなければならないこと。</p> <p>⑦ <u>看護体制強化加算は、訪問看護事業所の利用者によって(Ⅰ)又は(Ⅱ)を選択的に算定することができないものであり、当該訪問看護事業所においていずれか一方のみを届出すること。</u></p> <p>(24) サービス提供体制強化加算について</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）  
 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>① 3(7)①から⑥までを参照のこと。</p> <p>② 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。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。</p> <p>③ 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。</p>	<p>(24) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 3(7)①から⑥までを参照のこと。</p> <p>② 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。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。</p> <p>③ 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。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>5 訪問リハビリテーション費</p> <p>(1) 算定の基準について</p> <p>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）を受けそれを踏まえ、当該計画を作成し、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。</p> <p>この場合、少なくとも3月に1回は、<u>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。</u></p> <p>② <u>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の事務処理手順及び様式例の提示について」（老発●●第●号）の別紙様式2-1をもつて、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2-1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2-1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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>③ <u>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。</u></p> <p>④ <u>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、介護老人保健施設による訪問リハビリテーション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おいて、施設サービスに支障のないよう留意する。</u></p>	<p>5 訪問リハビリテーション費</p> <p>(1) 算定の基準について</p> <p>① 訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている医師の指示の下、実施すること。<u>訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。</u></p> <p>また、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（<u>リハビリテーションの指示等</u>）を受けて、訪問リハビリテーションを実施した場合には、<u>情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。</u></p> <p>この場合、少なくとも3月に1回は、訪問リハビリテーション事業所は当該情報提供を行った医師に対して訪問リハビリテーション計画について<u>医師による</u>情報提供を行う。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>② 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。</p> <p>③ 事業所が介護老人保健施設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、介護老人保健施設による訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設において、施設サービスに支障のないよう留意する。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p><b>(6)</b> 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指定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。</p> <p><b>(6)</b> <u>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行われていることを記録上明確にする。</u></p> <p>(2) 指定訪問リハビリテーション事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い</p> <p><u>指定訪問介護と同様であるので、2 (6) を参照されたい。</u></p> <p>(3) 「通院が困難な利用者」について</p> <p>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、<u>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。</u>「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。</p> <p><b>(4)</b> <u>特別地域訪問リハビリテーション加算について</u></p> <p><u>指定訪問介護と同様であるので、2 (6) を参照されたい。</u></p> <p><b>(5)</b> <u>注4の取扱い</u></p> <p><u>指定訪問介護と同様であるので、2 (6) を参照されたい。</u></p> <p><b>(6)</b> <u>注5の取扱い</u></p> <p><u>指定訪問介護と同様であるので、2 (6) を参照されたい。</u></p> <p><b>(7)</b> <u>短期集中リハビリテーション実施加算について</u></p> <p>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、利用者の状態に比べて、基本的動作能力（起居、歩行、発語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て行う能力をいう。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リハビリテーションを実施すること。</p> <p>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ぬ。</p> <p>③ 本加算の算定に当たっては、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、当該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。</p> <p><b>(8)</b> <u>リハビリテーションマネジメント加算について</u></p> <p>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</p>	<p><b>(4)</b> 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。</p> <p><b>(新設)</b></p> <p>(2) 指定訪問リハビリテーション事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い</p> <p>訪問介護と同様であるので、2 (11) を参照されたい。</p> <p>(3) 「通院が困難な利用者」について</p> <p>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。「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。</p> <p><b>(新設)</b></p> <p><b>(新設)</b></p> <p><b>(4)</b> <u>注3について</u></p> <p>訪問介護と同様であるので、2 (16) を参照されたい。</p> <p><b>(5)</b> <u>短期集中リハビリテーション実施加算について</u></p> <p>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、利用者の状態に比べて、基本的動作能力（起居、歩行、発語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て行う能力をいう。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リハビリテーションを実施すること。</p> <p>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ぬ。</p> <p>③ 本加算の算定に当たっては、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、当該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。</p> <p><b>(6)</b> <u>リハビリテーションマネジメント加算について</u></p> <p>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</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）  
傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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）（以下「SPDCA」という。）といったサイクルの構築を通じて、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。</p> <p>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という。</p> <p>③ 大臣基準告示第12号イ(1)の「定期的」とは、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ものであること。</p> <p><u>④ 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の特記事項欄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、指定通所リハビリテーションその他指定居宅サービスの併用や移行の見通しを記載すること。</u></p> <p><u>⑤ 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。</u></p> <p><u>⑥ 大臣基準告示第12号ニ(2)のデータの提出については、厚生労働省が実施する「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（Monitoring and evaluation of the rehabilitation services in long-term care）」（以下、「VISIT」という。）に参加し、当該事業で活用しているシステムを用いて、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画等のデータを提出することを評価したものである。</u></p> <p><u>当該事業への参加方法や提出するデータについては「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や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」を参照されたい。</u></p> <p><u>(9) 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の取扱い</u></p> <p>注8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がある旨の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、その特別の指示の日から14日間</p>	<p>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」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。</p> <p>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という。</p> <p>③ 大臣基準告示第12号イ(1)の「定期的」とは、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ものであること。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(7) 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</u></p> <p>注6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がある旨の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、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、訪問リハビリテーション費は算定しない。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）  
傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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。</p> <p><u>(10) 注10の取扱いについて</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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20単位を減じたもので評価したものである。</u></p> <p><u>「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マネジメント上加算等に関する基本的な考え方や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」（老老発●●●第●号）の別紙様式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。</u></p> <p><u>(11) 社会参加支援加算について</u></p> <p>① 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。</p> <p>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。</p> <p>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号ロにおいて、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。</p> <p>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。</p> <p>イ (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数</p> <p>(i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計</p> <p>(ii) (当該事業所における評価対象期間の新規利用者数の合計+当該事業所における評価対象期間の新規終了者数の合計)÷2</p> <p>ロ イ(i)における利用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を終了し</p>	<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(8) 社会参加支援加算について</u></p> <p>① 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。</p> <p>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。</p> <p>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号ロにおいて、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。</p> <p>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。</p> <p>イ (i)に掲げる数÷(ii)に掲げる数</p> <p>(i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計</p> <p>(ii) (当該事業所における評価対象期間の新規利用者数の合計+当該事業所における評価対象期間の新規終了者数の合計)÷2</p> <p>ロ イ(i)における利用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を終了し</p>



○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） 傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>た者又は死亡した者を含むものである。</p> <p>ハ イ(i)における利用者延月数は、利用者が評価対象期間において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月数の合計をいう。</p> <p>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<u>指</u><u>定</u>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。</p> <p>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<u>指</u><u>定</u>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。</p> <p>⑤ 「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、<u>指</u><u>定</u>訪問リハビリテーション終了者の居宅を訪問し、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。</p> <p>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、前記と同様の内容を確認すること。</p> <p>⑥ 「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、<u>リハビ</u><u>リ</u><u>テ</u><u>ラ</u><u>シ</u><u>ョ</u><u>ン</u><u>計</u><u>画</u><u>書</u><u>等</u>に記録すること。</p> <p><u>(12)</u> サービス提供体制強化加算について</p> <p>① <u>指</u><u>定</u>訪問看護と同様であるので、4(●)②及び③を参照のこと。</p> <p>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、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。</p> <p><u>(13)</u> 記録の整備について</p> <p>① 医師は、理学療法士、作業療法士、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。</p> <p>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。</p> <p>② 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、常に当該指定訪問リハビリテーション事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。</p>	<p>た者又は死亡した者を含むものである。</p> <p>ハ イ(i)における利用者延月数は、利用者が評価対象期間において当該事業所の提供する訪問リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>⑤ 「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。</p> <p>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、前記と同様の内容を確認すること。</p> <p>⑥ 「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、<u>訪問リハビ</u><u>リ</u><u>テ</u><u>ラ</u><u>シ</u><u>ョ</u><u>ン</u><u>計</u><u>画</u><u>書</u><u>等</u>に記録すること。</p> <p><u>(9)</u> サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 4(24)②及び③を参照のこと。</p> <p>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、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。</p> <p><u>(10)</u> 記録の整備について</p> <p>① 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。</p> <p>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。</p> <p>② 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事者により閲覧が可能であるようにすること。</p>

○（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 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>第2 指定介護予防サービス単位数表に関する事項</p> <p>1 通則</p> <p>(1) 算定上における端数処理について            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。            なお、サービスコードについては、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。</p> <p>(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。</p> <p>(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、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はない。            (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。</p>	<p>第2 指定介護予防サービス単位数表に関する事項</p> <p>1 通則</p> <p>(1) 算定上における端数処理について            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。            なお、サービスコードについては、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。</p> <p>(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。</p> <p>(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、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はない。            (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。  <u>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</u></p>

〇（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 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長、老人保健課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>(5) 介護予防訪問サービスの行われる利用者の居室について 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、要支援者の居室において行われるものとされており、要支援者の居室以外で行われるものは算定できない。</p> <p>(6) 「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号厚生労働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。</p> <p>② ①の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、介護予防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は、最も新しい判定を用いるものとする。</p> <p>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。</p> <p>(7) 栄養管理について 介護サービス事業者は、利用者に対し、各利用者の年齢、心身の状況に応じた栄養状態の管理を適切に実施すること。特に、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護においては、常勤の管理栄養士又は栄養士が、各利用者の年齢等に応じて適切な栄養量及び内容の食事提供を行う体制を整備し、各利用者の栄養状態にあった栄養管理を行うこと。</p> <p><b>3.</b> 介護予防訪問看護費 (1) 「通院が困難な利用者」について 介護予防訪問看護費は「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、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居室での支援が不可欠な者に対して、介護予防ケアマネジメントの結果、介護予防訪問看護の提供が必要と判断された場合は介護予防訪問看護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、</p>	<p><b>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の利用についてそれぞれの所定単位数が算定される。</b></p> <p>(5) 介護予防訪問サービスの行われる利用者の居室について 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、要支援者の居室において行われるものとされており、要支援者の居室以外で行われるものは算定できない。</p> <p>(6) 「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号厚生労働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。</p> <p>② ①の判定結果は、判定した医師名、判定日と共に、介護予防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は、最も新しい判定を用いるものとする。</p> <p>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。</p> <p>(7) 栄養管理について 介護サービス事業者は、利用者に対し、各利用者の年齢、心身の状況に応じた栄養状態の管理を適切に実施すること。特に、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護においては、常勤の管理栄養士又は栄養士が、各利用者の年齢等に応じて適切な栄養量及び内容の食事提供を行う体制を整備し、各利用者の栄養状態にあった栄養管理を行うこと。</p> <p><b>4.</b> 介護予防訪問看護費 (1) 「通院が困難な利用者」について 介護予防訪問看護費は「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、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居室での支援が不可欠な者に対して、介護予防ケアマネジメントの結果、介護予防訪問看護の提供が必要と判断された場合は介護予防訪問看護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、</p>

新	旧
<p>通院サービスを優先すべきということである。</p> <p>(2) 介護予防訪問看護指示の有効期間について 介護予防訪問看護ステーションにあっては、主治の医師の判断に基づいて交付（2か所以上の介護予防訪問看護ステーションからの介護予防訪問看護の場合は各介護予防訪問看護ステーションごとに交付）された指示書の有効期間内に介護予防訪問看護を行った場合に算定する。</p> <p>なお、当該介護予防訪問看護に係る指示料は、医療保険に請求すべきものであること。 なお、医療機関にあっては、指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から診療情報提供を受けて、介護予防訪問看護を実施した場合には、診療情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。</p> <p>(3) 介護予防訪問看護の<b>所要</b>時間について ① 20分未満の介護予防訪問看護費の算定について 20分未満の介護予防訪問看護は、短時間かつ頻回な医療処置等が必要な利用者に対し、日中等の介護予防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、介護予防サービス計画又は介護予防訪問看護計画において20分未満の介護予防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<b>保健師又は看護師による</b>介護予防訪問看護を週1回以上含む設定とすること。なお20分未満の介護予防訪問看護は、介護予防訪問看護を24時間行うことができるとしている事業所として緊急時介護予防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。</p> <p>② 介護予防訪問看護は在宅の要支援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、単に長時間の介護予防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。 (一) 前回提供した介護予防訪問看護からおおむね2時間未満の間隔で介護予防訪問看護を行う場合（20分未満の介護予防訪問看護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介護予防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。 (二) 一人の看護職員（<b>保健師、看護師又は准看護師をいう。以下同じ。</b>）が介護予防訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が介護予防訪問看護を行った場合には、<b>当該介護予防訪問看護の所要時間を合算することとする</b>。なお、<b>当該介護予防訪問看護の提供時間を合算した場合に、准看護師による介護予防訪問看護が含まれる場合には、当該介護予防訪問看護費は、准看護師による介護予防訪問看護を算定する</b>。</p> <p>(三) 一人の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が介護予防訪問看護</p>	<p>通院サービスを優先すべきということである。</p> <p>(2) 介護予防訪問看護指示の有効期間について 介護予防訪問看護ステーションにあっては、主治の医師の判断に基づいて交付（2か所以上の介護予防訪問看護ステーションからの介護予防訪問看護の場合は各介護予防訪問看護ステーションごとに交付）された指示書の有効期間内に介護予防訪問看護を行った場合に算定する。</p> <p>なお、当該介護予防訪問看護に係る指示料は、医療保険に請求すべきものであること。 なお、医療機関にあっては、指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から診療情報提供を受けて、介護予防訪問看護を実施した場合には、診療情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。</p> <p>(3) 介護予防訪問看護の<b>提供</b>時間について ① 20分未満の介護予防訪問看護費の算定について 20分未満の介護予防訪問看護は、短時間かつ頻回な医療処置等が必要な利用者に対し、日中等の介護予防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、介護予防サービス計画又は介護予防訪問看護計画において20分未満の介護予防訪問看護のみが設定されることは適切ではなく、20分以上の介護予防訪問看護を週1回以上含む設定とすること。なお20分未満の介護予防訪問看護は、介護予防訪問看護を24時間行うことができるとしている事業所として緊急時介護予防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。</p> <p>② 介護予防訪問看護は在宅の要支援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、単に長時間の介護予防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。 (一) 前回提供した介護予防訪問看護からおおむね2時間未満の間隔で介護予防訪問看護を行う場合（20分未満の介護予防訪問看護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介護予防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。 (二) 一人の看護職員又は<b>理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士</b>が介護予防訪問看護を行った後に、続いて<b>同じ職種</b>の別の看護職員又は<b>理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が続いて</b>介護予防訪問看護を行った場合（<b>看護職員が介護予防訪問看護を行った後に続いて別の看護職員が介護予防訪問看護を行うような場合</b>）も、<b>所要時間を合算することとする</b>。なお、<b>看護職員による</b>介護予防訪問看護の提供時間を合算した場合に、准看護師による介護予防訪問看護が含まれる場合には、当該介護予防訪問看護費は、准看護師による介護予防訪問看護を算定する。</p> <p>(三) 一人の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が介護予防訪問看護</p>

〇（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 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長、老人保健課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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、作業療法士若しくは言語聴覚士が介護予防訪問看護を実施した場合（看護職員が介護予防訪問看護を行った後に続いて別の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が介護予防訪問看護を行う場合など）は職種ごとに算定できる。</p> <p>(四) なお、一人の利用者に対して、連続して介護予防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。</p> <p>(4) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について</p> <p>① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による介護予防訪問看護は、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位置付けのものである。</p> <p>なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第42条第1項）に限る。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による介護予防訪問看護は、1回当たり20分以上介護予防訪問看護を実施することとし、一人の利用者につき週に6回を限度として算定する。</p> <p>③ <u>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が介護予防訪問看護を提供している利用者については、毎回の訪問時に記録した介護予防訪問看護記録書等を用い、適切に介護予防訪問看護業務所の看護職員及び理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士間で利用者の状況、実施した内容を共有するとともに、介護予防訪問看護計画書（以下、「計画書」という。）及び介護予防訪問看護報告書（以下、「報告書」という。）は、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。また、主治医に提出する計画書及び報告書は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した内容も一体的に含むものとする。</u></p> <p>④ <u>複数の介護予防訪問看護事業所から介護予防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介護予防訪問看護事業所において十分な連携を図ったうえで作成すること。</u></p> <p>⑤ <u>計画書及び報告書の作成にあたっては、介護予防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。</u></p> <p>⑥ <u>⑤における、介護予防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）において当該介護予防訪問看護事業所から介護予防訪問看護（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環境の変化等に訪問すること。</u></p>	<p>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、作業療法士若しくは言語聴覚士が介護予防訪問看護を実施した場合（看護職員が介護予防訪問看護を行った後に続いて別の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が介護予防訪問看護を行う場合など）は職種ごとに算定できる。</p> <p>(四) なお、一人の利用者に対して、連続して介護予防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。</p> <p>(4) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について</p> <p>① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による介護予防訪問看護は、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位置付けのものである。</p> <p>なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第42条第1項）に限る。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による介護予防訪問看護は、1回当たり20分以上実施することとし、一人の利用者につき<u>1</u>週に6回を限度として算定する。<b>（新設）</b></p> <p><b>（新設）</b></p> <p><b>（新設）</b></p> <p><b>（新設）</b></p>

新	旧
<p>(5) 末期の悪性腫瘍の患者等の取扱いについて 末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等（厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年厚生労働省告示第94号。以下「利用者等告示」という。）第75号において準用する第4号を参照のこと。）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、介護予防訪問看護費は算定しない。</p> <p>(6) <u>精神科訪問看護・指導料等に係る訪問看護の利用者の取扱いについて</u> <u>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、同一日に介護保険の介護予防訪問看護費を算定することはできない。なお、月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介護予防訪問看護に変更、又は介護保険の介護予防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ものである。</u></p> <p>(7) <u>介護予防サービス計画に介護予防訪問看護が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により介護予防訪問看護が行われた場合の取扱い</u> ① <u>介護予防サービス計画に、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師ではなく保健師又は看護師が訪問する場合には、所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定すること。また、介護予防サービス計画に、准看護師ではなく保健師又は看護師が訪問する場合には、准看護師が訪問することとされている場合に、准看護師が訪問することとされている場合（所定単位数の100分の90）を算定すること。</u> ② <u>介護予防サービス計画に、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師ではなく理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問する場合には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の所定単位数を算定すること。また、介護予防サービス計画に、准看護師ではなく、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問することとされている場合に、准看護師が訪問する場合には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の所定単位数を算定すること。</u></p> <p>(削る)</p>	<p>(5) 末期の悪性腫瘍の患者等の取扱いについて 末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等（厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年厚生労働省告示第94号。以下「利用者等告示」という。）第75号において準用する第4号を参照のこと。）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、介護予防訪問看護費は算定しない。</p> <p>(新設)</p> <p>(6) <u>指定介護予防訪問看護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い</u> <u>介護予防訪問介護と同様であるので、2(4)を参照されたい。</u></p> <p>(7) <u>2人の看護師等が同時に介護予防訪問看護を行う場合の加算について</u> ① <u>2人の看護師等が同時に介護予防訪問看護を行う場合の加算は、体重が重い利用者を1人が支持しながら、必要な処置を行う場合等、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り、これらの事情がない場合に、単に2人の看護師等が同時に介護予防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。</u> ② <u>訪問を行うのは、両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士であることを要する。</u></p> <p>(8) <u>介護予防サービス計画に准看護師の訪問が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により介護予防訪問看護が行われた場合の取扱い</u></p>

新	旧
<p>(8) 早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護の取扱い 介護予防サービス計画上又は介護予防訪問看護計画に、介護予防訪問看護のサービス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こととする。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。なお、20分未満の訪問の場合についても、同様の取扱いとする。</p> <p>(9) <u>複数名訪問加算について</u> ① <u>二人の看護師等又は一人の看護師等と一人の看護補助者が同時に介護予防訪問看護を行う場合の加算は、体重が重い利用者を一人が支持しながら、必要な処置を行う場合等、一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り、これらの事情がない場合に、単に二人の看護師等（うち一人が看護補助者の場合も含む。）が同時に介護予防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。</u> ② <u>複数名訪問加算（Ⅰ）において訪問を行うのは、兩名とも看護師等であることとし、複数名訪問加算（Ⅱ）において訪問を行うのは、介護予防訪問看護を行う一人が看護師等であり、同時に訪問する一人が看護補助者であることを要する。</u> ③ <u>複数名訪問加算（Ⅱ）における看護補助者とは、介護予防訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことであり、資格は問わないが、秘密保持や安全等の観点から、介護予防訪問看護事業所に雇用されている必要があるものとする。</u></p> <p>(10) <u>長時間介護予防訪問看護への加算について</u> ① 「指定介護予防訪問看護に特別な管理を必要とする利用者」については(16)を参照のこと。 ② 当該加算については、保健師又は看護師が行う場合であっても、<u>看護師が行う場合であっても、同じ単位を算定するものとする。</u></p> <p>(11) <u>指定介護予防訪問看護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対する取扱い</u> <u>介護予防訪問入浴介護と同様であるので、2(4)を参照されたい。</u></p> <p>(12) <u>特別地域介護予防訪問看護加算の取扱い</u> 注6の「その一部として使用される事務所」とは、待機や道具の保管、着替え等を行う出張</p>	<p><u>介護予防サービス計画上、看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により看護師以外の看護師等が訪問する場合には、所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定すること。また、介護予防サービス計画上、看護師以外の看護師等が訪問することとされている場合に、看護師が訪問する場合は、<u>准看護師が訪問する場合は、准看護師が訪問する単位数（所定単位数の100分の90）を算定すること。</u></u></p> <p>(9) 早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護の取扱い 介護予防サービス計画上又は介護予防訪問看護計画に、介護予防訪問看護のサービス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こととする。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。なお、20分未満の訪問の場合についても、同様の取扱いとする。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(10) <u>特別地域介護予防訪問看護加算の取扱い</u> 注6の「その一部として使用される事務所」とは、待機や道具の保管、着替え等を行う出張</p>

〇（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 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長、老人保健課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>所等（以下「サテライト事業所」という。）を指し、例えば、本体の事業所が離島等以外に所在し、サテライト事業所が離島等に所在する場合、本体事業所を業務の本拠とする看護職員による介護予防訪問看護は加算の対象とならず、サテライト事業所を業務の本拠とする看護職員による介護予防訪問看護は加算の対象となるものであること。</p> <p>サテライト事業所のみが離島等に所在する場合には、当該サテライト事業所を本拠とする看護職員を明確にするとともに、当該サテライト事業所からの提供した具体的なサービスの内容等の記録を別に行い、管理すること。</p> <p>なお、当該加算は所定単位数の 15%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時介護予防訪問看護加算及び特別管理加算を含まないこと。</p> <p>(13) 注 7 の取扱い</p> <p>2 (5) を参照のこと。</p> <p>(14) 注 8 の取扱い</p> <p>2 (6) を参照のこと。</p> <p>(制る)</p> <p>(15) 緊急時介護予防訪問看護加算について</p> <p>① 緊急時介護予防訪問看護加算については、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、当該事業所の看護師等が介護予防訪問看護を受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に加算する。</p> <p>② 緊急時介護予防訪問看護加算については、当該月の第 1 回目の介護保険の給付対象となる介護予防訪問看護を行った日の所定単位数に加算するものとする。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 24 時間対応体制加算は算定できないこと。</p> <p>③ 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（准看護師による緊急時訪問の場合は所定単位数の 100 分の 90）を算定する。この場合、介護予防サービス計画の変更を要する。なお、当該緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護に係る加算は算定できないが、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ものとする。</p> <p>④ 緊急時介護予防訪問看護加算は、一人の利用者に対し、1 か所の事業所に限り算定できる。</p>	<p>所等（以下「サテライト事業所」という。）を指し、例えば、本体の事業所が離島等以外に所在し、サテライト事業所が離島等に所在する場合、本体事業所を業務の本拠とする看護職員による介護予防訪問看護は加算の対象とならず、サテライト事業所を業務の本拠とする看護職員による介護予防訪問看護は加算の対象となるものであること。</p> <p>サテライト事業所のみが離島等に所在する場合には、当該サテライト事業所を本拠とする看護職員を明確にするとともに、当該サテライト事業所からの提供した具体的なサービスの内容等の記録を別に行い、管理すること。</p> <p>なお、当該加算は所定単位数の 15%加算としているが、この場合の所定単位数には緊急時介護予防訪問看護加算及び特別管理加算を含まないこと。</p> <p>(11) 注 7 の取扱い</p> <p>2 (5) を参照のこと。</p> <p>(12) 注 8 の取扱い</p> <p>2 (6) を参照のこと。</p> <p>(13) 長時間介護予防訪問看護への加算の取扱い</p> <p>① 「指定介護予防訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」については(15)を参照のこと。</p> <p>② 本加算については、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ものとする。</p> <p>(14) 緊急時介護予防訪問看護加算</p> <p>① 緊急時介護予防訪問看護加算については、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、当該事業所の看護師等が介護予防訪問看護を受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行う場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に加算する。</p> <p>② 緊急時介護予防訪問看護加算については、当該月の第 1 回目の介護保険の給付対象となる介護予防訪問看護を行った日の所定単位数に加算するものとする。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 24 時間対応体制加算及び 24 時間対応体制加算は算定できないこと。</p> <p>③ 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（准看護師による緊急時訪問の場合は所定単位数の 100 分の 90）を算定する。この場合、介護予防サービス計画の変更を要する。なお、当該緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護に係る加算は算定できない。ただし、特別管理加算を算定する状態の者に対する 1 月以内の 2 回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護に係る加算を算定する。</p> <p>④ 緊急時介護予防訪問看護加算は、一人の利用者に対し、1 か所の事業所に限り算定できる。</p>



新	旧
<p>このため、緊急時介護予防訪問看護加算に係る介護予防訪問看護を受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の事業所から緊急時介護予防訪問看護加算に係る介護予防訪問看護を受けていないか確認すること。</p> <p>⑤ 介護予防訪問看護を担当する医療機関にあっては、緊急時介護予防訪問看護加算の届出は利用者や介護予防支援事業所が介護予防訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、介護予防訪問看護ステーションにおける緊急時介護予防訪問看護加算の算定に当たっては、第1の1(5)によらず、届出を受理した日から算定するものとする。</p> <p><b>(16)</b> 特別管理加算 <u>について</u></p> <p>① 特別管理加算については、利用者や介護予防支援事業所が介護予防訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。</p> <p>② 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介護予防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こと。</p> <p>③ 特別管理加算は、一人の利用者に対し、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介護予防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。</p> <p>④ 「真皮を越える褥瘡の状態」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。</p> <p>⑤ 「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（1週間に1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（利用者の家族等を行う指導を含む）について介護予防訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>⑥ 「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」とは、主治の医師が点滴注射を週3日以上行うことが必要である旨の指示を介護予防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3日以上点滴注射を実施している状態をいう。</p> <p>⑦ ⑥の状態にある者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、介護予防訪問看護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。</p> <p>⑧ 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこととする。</p> <p><b>(17)</b> 主治の医師の特別な指示があった場合の取扱い</p> <p>利用者が急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問看護を行う必要がある旨の特別指示（介護予防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</p>	<p>このため、緊急時介護予防訪問看護加算に係る介護予防訪問看護を受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の事業所から緊急時介護予防訪問看護加算に係る介護予防訪問看護を受けていないか確認すること。</p> <p>⑤ 介護予防訪問看護を担当する医療機関にあっては、緊急時介護予防訪問看護加算の届出は利用者や介護予防支援事業所が介護予防訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、介護予防訪問看護ステーションにおける緊急時介護予防訪問看護加算の算定に当たっては、第1の1(5)によらず、届出を受理した日から算定するものとする。</p> <p><b>(15)</b> 特別管理加算</p> <p>① 特別管理加算については、利用者や介護予防支援事業所が介護予防訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。</p> <p>② 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介護予防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こと。</p> <p>③ 特別管理加算は、一人の利用者に対し、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介護予防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。</p> <p>④ 「真皮を越える褥瘡の状態」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。</p> <p>⑤ 「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（1週間に1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（利用者の家族等を行う指導を含む）について介護予防訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>⑥ 「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」とは、主治の医師が点滴注射を週3日以上行うことが必要である旨の指示を介護予防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3日以上点滴注射を実施している状態をいう。</p> <p>⑦ ⑥の状態にある者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、介護予防訪問看護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。</p> <p>⑧ 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこととする。</p> <p><b>(16)</b> 主治の医師の特別な指示があった場合の取扱い</p> <p>利用者が急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問看護を行う必要がある旨の特別指示（介護予防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</p>

〇（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 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長、老人保健課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>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、介護予防訪問看護費は算定しない。なお、医療機関の介護予防訪問看護の利用者について、急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問看護を行う必要があつて、医療保険の給付対象となる場合には、頻回の介護予防訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならぬ。</p> <p>(18) 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）の介護予防訪問看護の取扱い</p> <p>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、第2の1の(3)に関わらず、厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第77号において準用する第6号を参照のこと。）にある利用者に限り、介護予防訪問看護費を算定できることとする。</p> <p>(19) 初回加算の取扱い</p> <p>本加算は、新規の利用者又は利用者が過去2月間（暦月）において、当該介護予防訪問看護事業所から介護予防訪問看護（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つて新たに介護予防訪問看護計画書を作成した場合に算定されるものである。</p> <p>(20) 退院時共同指導加算</p> <p>① 退院時共同指導加算は、病院、診療所に入院中の者が退院するに当たり、介護予防訪問看護ステーションの看護師等が、退院時共同指導を行った後に当該者の退院後、初回の介護予防訪問看護を実施した場合に、一人の利用者に当該者の退院につき1回（厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第5号を参照のこと。）にある利用者について、複数日に退院時共同指導を行った場合には2回）に限り、当該加算を算定できること。この場合の当該加算は、初回の介護予防訪問看護を実施した日に算定すること。</p> <p>なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定できること。</p> <p>② 2回の当該加算の算定が可能である利用者（①の厚生労働大臣が定める状態の者）に対して複数回の介護予防訪問看護ステーションが退院時共同指導を行う場合にあつては、1回ずつの算定も可能であること。</p> <p>③ 複数の介護予防訪問看護ステーションが退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関に対し、他の介護予防訪問看護ステーション等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。</p> <p>④ 退院時共同指導加算を介護保険で請求した場合には、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当該加算は算定できないこと（②の場合を除く。）。</p> <p>⑤ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を介護予防訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>(21) 看護体制強化加算について</p> <p>① 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号。以下「大臣基準告示」という。）第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号イ(1)の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前6月間</p>	<p>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、介護予防訪問看護費は算定しない。なお、医療機関の介護予防訪問看護の利用者について、急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問看護を行う必要があつて、医療保険の給付対象となる場合には、頻回の介護予防訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならぬ。</p> <p>(17) 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）の介護予防訪問看護の取扱い</p> <p>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、第2の1の(3)に関わらず、厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第77号において準用する第6号を参照のこと。）にある利用者に限り、介護予防訪問看護費を算定できることとする。</p> <p>(18) 初回加算の取扱い</p> <p>本加算は、新規の利用者又は利用者が過去2月間（暦月）において、当該介護予防訪問看護事業所から介護予防訪問看護（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つて新たに介護予防訪問看護計画書を作成した場合に算定されるものである。</p> <p>(19) 退院時共同指導加算</p> <p>① 退院時共同指導加算は、病院、診療所に入院中の者が退院するに当たり、介護予防訪問看護ステーションの看護師等が、退院時共同指導を行った後に当該者の退院後、初回の介護予防訪問看護を実施した場合に、一人の利用者に当該者の退院につき1回（厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第5号を参照のこと。）にある利用者について、複数日に退院時共同指導を行った場合には2回）に限り、当該加算を算定できること。この場合の当該加算は、初回の介護予防訪問看護を実施した日に算定すること。</p> <p>なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定できること。</p> <p>② 2回の当該加算の算定が可能である利用者（①の厚生労働大臣が定める状態の者）に対して複数回の介護予防訪問看護ステーションが退院時共同指導を行う場合にあつては、1回ずつの算定も可能であること。</p> <p>③ 複数の介護予防訪問看護ステーションが退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関に対し、他の介護予防訪問看護ステーション等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。</p> <p>④ 退院時共同指導加算を介護保険で請求した場合には、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当該加算は算定できないこと（②の場合を除く。）。</p> <p>⑤ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を介護予防訪問看護記録書に記録すること。</p> <p>(20) 看護体制強化加算について</p> <p>① 厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号。以下「大臣基準告示」という。）第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号イの基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前3月間当</p>

〇（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 厚生労働省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長、老人保健課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア 指定介護予防訪問看護事業所における緊急時介護予防訪問看護加算を算定した実利用者数</p> <p>イ 指定介護予防訪問看護事業所における実利用者の総数</p> <p>② 大臣基準告示第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号イ(2)の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前6月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア 指定介護予防訪問看護事業所における特別管理加算を算定した実利用者数</p> <p>イ 指定介護予防訪問看護事業所における実利用者の総数</p> <p>③ ①及び②に規定する実利用者数は、前6月間において、当該事業所が提供する介護予防訪問看護を2回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数えること。そのため、①及び②に規定する割合の算出において、利用者には、当該指定介護予防訪問看護事業所に現に利用していない者も含むことに留意すること。</p> <p>④ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該指定介護予防訪問看護事業所の看護師等が、当該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。</p> <p><b>⑤ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、医療機関と連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。</b></p> <p><b>⑥ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、大臣基準告示第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号イ(1)及びイ(2)の割合について、継続的に所定の基準を維持しなければならぬ。</b>なお、その割合については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合については、直ちに第1の5に規定する届出を提出しなければならないこと。</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 2.(7)①から⑥までを参照のこと。</p> <p>② 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。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。</p> <p>③ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを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。</p>	<p>当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア 指定介護予防訪問看護事業所における緊急時介護予防訪問看護加算を算定した実利用者数</p> <p>イ 指定介護予防訪問看護事業所における実利用者の総数</p> <p>② 大臣基準告示第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号ロの基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前3月間当たりの割合を算出すること。</p> <p>ア 指定介護予防訪問看護事業所における特別管理加算を算定した実利用者数</p> <p>イ 指定介護予防訪問看護事業所における実利用者の総数</p> <p>③ ①及び②に規定する実利用者数は、前3月間において、当該事業所が提供する介護予防訪問看護を2回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を2回以上算定した者であっても、1として数えること。そのため、①及び②に規定する割合の算出において、利用者には、当該指定介護予防訪問看護事業所に現に利用していない者も含むことに留意すること。</p> <p>④ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該指定介護予防訪問看護事業所の看護師等が、当該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。</p> <p><b>(新設)</b></p> <p><b>⑤ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、大臣基準告示第104号の規定により準用する大臣基準告示第9号イ及びロの割合について、継続的に所定の基準を維持しなければならない。</b>なお、その割合については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合については、直ちに第1の5に規定する届出を提出しなければならないこと。</p> <p>(2) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 3.(7)①から⑥までを参照のこと。</p> <p>② 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。具体的には、平成21年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成21年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。</p> <p>③ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを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。</p>

新	旧
<p>5 介護予防訪問リハビリテーション費</p> <p>(1) 算定の基準について</p> <p>① <u>指定介護予防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介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下実施するとともに、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。</u></p> <p>また、<u>例外として、指定介護予防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（指定介護予防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、それを踏まえ、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成し、指定介護予防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。</u></p> <p>この場合、少なくとも3月に1回は、<u>指定介護予防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介護予防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。</u></p> <p>② <u>指定介護予防訪問リハビリテーションは、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、介護予防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、療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、介護保険の指定介護予防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」(平成30年3月●日老発●号)の別紙様式2-1をもつて、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2-1に記載された内容について確認し、指定介護予防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2-1をリハビリテーション計画書とみなして介護予防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。</u></p> <p>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、<u>次回の介護予防訪問リハビリテーション計画を作成する。</u></p> <p>② <u>指定介護予防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。</u></p> <p>③ <u>指定介護予防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、利用者の居室を訪問して指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、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、訪問する理学療法士、作業療法士、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介護予</u></p>	<p>5 介護予防訪問リハビリテーション費</p> <p>(1) 算定の基準について</p> <p>① <u>介護予防訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている医師の指示の下実施すること。介護予防訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。また、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（リハビリテーションの指示等）を受けて、介護予防訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。</u></p> <p>この場合、少なくとも3月に1回は、<u>介護予防訪問リハビリテーション事業所は当該情報提供を行った医師に対して介護予防訪問リハビリテーション計画について医師による情報提供を行う。なお、指示を行う医師の診察の頻度については利用者の状態に応じ、医師がその必要性を適切に判断する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>② <u>介護予防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。</u></p> <p>③ <u>事業所が介護老人保健施設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、利用者の居室を訪問して介護予防訪問リハビリテーションを行った場合は、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、介護老人保健施設による介護予防訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設において、施設サービスに</u></p>



新	旧
<p>(8) <u>リハビリテーションマネジメント加算について</u></p> <p>① <u>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)、多職種協働による介護予防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) (以下「SPDCA」という。) といったサイクルの構築を通じて、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。</u></p> <p>② <u>「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や手段的日常生活動作（以下「IADL」とする。）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促す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という。</u></p> <p>③ <u>大臣基準告示第 106 の 2 号(1)の「定期的」とは、初回の評価は、介護予防訪問リハビリテーション計画に基づく指定介護予防訪問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ものである。</u></p> <p>④ <u>指定介護予防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月以上の指定介護予防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は、リハビリテーション計画書の特記事項欄に指定介護予防訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、指定介護予防通所リハビリテーションその他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載すること。</u></p> <p>(9) <u>急性増悪等により一時的に頻回に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の取扱い</u></p> <p>注8の「急性増悪等により一時的に頻回に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」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に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をいう。この場合は、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、介護予防訪問リハビリテーション費は算定しない。</p>	<p>3月に1回を限度として算定する。この場合において、<u>指導及び助言を行った日を含む1月の翌月から翌々月までは当該加算は算定できない。なお、当該加算を算定する日は、算定できる介護予防訪問リハビリテーション費は1回までとする。</u></p> <p><u>また、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は指導及び助言の内容について診療録に記載しておくこと。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(7) <u>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</u></p> <p>注6の「急性増悪等により一時的に頻回に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」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に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をいう。この場合は、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、介護予防訪問リハビリテーション費は算定しない。</p>

新	旧
<p>(10) <u>注 10 の取扱いについて</u></p> <p><u>介護予防訪問リハビリテーション計画は、原則、当該指定介護予防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作成するものである。</u></p> <p><u>注 10 は、指定訪問介護予防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介護予防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介護予防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 20 単位を減じたもので評価したものである。</u></p> <p><u>「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介護予防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」（平成 30 年 3 月 3 日老老発●●第●●号）の別紙様式 2-1-1 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、当該指定介護予防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。</u></p> <p>(11) <u>事業所評価加算の取扱いについて</u></p> <p><u>事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準は以下のとおりとする。</u></p> <p>① <u>別に定める基準ハの要件の算出式</u></p> <p><u>評価対象期間内にリハビリテーションマネジメント加算を算定した者の数</u></p> <p><u>評価対象期間内に指定介護予防訪問リハビリテーションを利用した者の数</u></p> <p><u>≥0.6</u></p> <p>② <u>別に定める基準ニの要件の算出式</u></p> <p><u>要支援状態区分の維持者数÷改善者数×2</u></p> <p><u>評価対象期間内に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、その後に変更認定を受けた者の数</u></p> <p><u>≥0.7</u></p> <p>(12) <u>サービス提供体制強化加算について</u></p> <p>① <u>4.●●②及び③を参照のこと。</u></p> <p>② <u>指定介護予防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、勤続年数が3年以上の者が1名以上いれば算定可能である。</u></p> <p>(13) <u>記録の整備について</u></p>	<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(8) サービス提供体制強化加算について</u></p> <p>① <u>4.②①②及び③を参照のこと。</u></p> <p>② <u>介護予防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、勤続年数が3年以上の者が1名以上いれば算定可能であること。</u></p> <p><u>(9) 記録の整備について</u></p>

新	旧
<p>① 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。</p> <p>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、<u>介護予防訪問</u>リハビリテーション計画の内容を利用者に説明し、記録するとともに、医師の指示に基づき行った指導の要点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。</p> <p>② <u>指定介護予防訪問</u>リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者ごとに保管され、常に<u>指定介護予防訪問</u>リハビリテーション事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。</p> <p>7 <u>介護予防通所</u>リハビリテーション費 (削る)</p>	<p>① 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。</p> <p>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーション実施計画書の内容を利用者に説明し、記録するとともに、医師の指示に基づき行った指導の要点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。</p> <p>② 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事者により閲覧が可能であるようにすること。</p> <p>7 <u>介護予防通所</u>介護費・介護予防通所リハビリテーション費 (1) <u>生活機能向上グループ活動加算</u>（介護予防通所介護費に限る。）の取扱いについて</p> <p><u>生活機能向上グループ活動加算は、自立的日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し、生活機能の向上を目的とした活動をグループで行った場合に算定できる。また、集団的に行われるレクリエーションや創作活動等の機能訓練を実施した場合には算定できないこと。なお、当該加算を算定する場合は、次の①から③までを満たすことが必要である。</u></p> <p>① <u>生活機能向上グループ活動の準備</u></p> <p>ア 利用者自らが日常生活上の課題に応じて活動を選択できるよう、次に掲げる活動項目を参考に、日常生活に直結した活動項目を複数準備し、時間割を組むこと。</p> <div data-bbox="858 331 1238 1025" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(活動項目の例)</p> <p>家事関連活動</p> <p>衣：洗濯機・アイロン・ミシン等の操作、衣服の手入れ（ボタンのつけ等）</p> <p>食：献立作り、買い出し、調理家電（電子レンジ、クッキングヒーター、電気ポット等）・調理器具（包丁、キッチン鉢、皮むき器等）の操作</p> <p>調理（炊飯、総菜、行事食等）、パン作り等</p> <p>住：日曜大工、掃除道具（掃除機、モップ等）の操作、ガーデニング等</p> <p>通信・記録関連活動</p> <p>機器操作（携帯電話操作、パソコン操作等）、記録作成（家計簿、日記、健康ノート等）</p> </div> <p>イ 1 のグループの人数は 6 人以下とすること。</p> <p>② 利用者ごとの日常生活上の課題の把握と達成目標の設定</p> <p>介護職員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員その他の職種の者（以下 7 において「介護職員等」という。）が生活機能向上グループ活動サービスを行うに当たっては、次のアからエまでに掲げる手順により行うものとする。なお、アからエまでの手順により得られた結</p>



新	旧
	<p>果は、<u>介護予防通所介護計画に記録すること。</u></p> <p>ア <u>当該利用者が、(一)要支援状態に至った理由と経緯、(二)要支援状態となる直前の日常生活の自立の程度と家庭内での役割の内容、(三)要支援状態となった後に自立してできなくなったこと若しくは支障を感じるようになったこと、(四)現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割の内容、(五)近隣との交流の状況等について把握すること。把握に当たっては、当該利用者から聞き取るほか、家族や介護予防支援事業者等から必要な情報を得るよう努めること。</u></p> <p>イ <u>アについて把握した上で、具体的な日常生活上の課題及び到達目標を当該利用者と共に設定すること。到達目標は、おおむね3月程度で達成可能な目標とし、さらに段階的に目標を達成するためにおおむね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。到達目標及び短期目標については、当該利用者の介護予防サービス計画と整合性のとれた内容とすること。</u></p> <p>ウ <u>介護職員等は、当該利用者の同意を得た上で到達目標を達成するために適切な活動項目を選定すること。当該利用者の活動項目の選定に当たっては、生活意欲を引き出すなど、当該利用者が主体的に参加できるよう支援すること。</u></p> <p>エ <u>生活機能向上グループ活動の(一)実施時間は、利用者の状態や活動の内容を踏まえた適切な時間とし、(二)実施頻度は1週につき1回以上行うこととし、(三)実施期間はおおむね3月以内とする。介護職員等は、(一)から(三)までについて、当該利用者に説明し、同意を得ること。</u></p> <p>③ <u>生活機能向上グループ活動の実施方法</u></p> <p>ア <u>介護職員等は、予め生活機能向上グループ活動に係る計画を作成し、当該活動項目の具体的な内容、進め方及び実施上の留意点等を明らかにしておくこと。</u></p> <p>イ <u>生活機能向上グループ活動は、1のグループごとに、当該生活機能向上グループ活動の実施時間を通じて1人以上の介護職員等を配置することとし、同じグループに属する利用者が相互に協力しながら、それぞれが有する能力を発揮できるよう適切な支援を行うこと。</u></p> <p>ウ <u>介護職員等は、当該サービスを実施した日ごとに、実施時間、実施内容、参加した利用者の人数及び氏名等を記録すること。</u></p> <p>エ <u>利用者の短期目標に応じて、おおむね1月ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と生活機能向上グループ活動における当該利用者の客観的な状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、生活機能向上グループ活動に係る計画の修正を行うこと。</u></p> <p>オ <u>実施期間終了後、到達目標の達成状況及び②の(三)から(五)までの状況等について確認すること。その結果、当該到達目標を達成している場合には、当該利用者に対する当該生活機能向上グループ活動を終了し、当該利用者を担当する介護予防支援事業者に報告すること。また、当該到達目標を達成していない場合には、達成できなかった理由を明らかにするとともに、当該サービスの継続の必要性について当該利用者及び介護予防支援事</u></p>

新	旧
<p>(1) リハビリテーションマネジメント加算について</p> <p>① <u>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多職種協働による介護予防所リハビリテーション計画の作成、当該計画に基づく適切な指定介護予防所リハビリテーションの提供、当該提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったSPDCAサイクルの構築を通じて、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。</u></p> <p>② <u>「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、パラス長よ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。</u></p> <p>③ <u>大臣基準告示第106の5号(1)の「定期的」とは、初回の評価は、介護予防所リハビリテーション計画に基づく介護予防所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ものである。</u></p> <p>④ <u>指定介護予防所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定介護予防所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の特記事項欄に指定介護予防所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載する。</u></p> <p>(2) <u>生活行為向上リハビリテーション実施加算について</u></p> <p>① <u>生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。</u></p> <p>② <u>生活行為向上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（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の一つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの実施内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらからじめ定めた上で、計画的に実施するものである。</u></p> <p>③ <u>生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、大臣基準告示第106の6号イによって配置された者が行うことが想定されている。</u></p> <p>④ <u>生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、本加算の趣旨及び注5の減算について説明した上で、当該計画の同意を得る。</u></p> <p>⑤ <u>本加算の算定に当たっては、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つて</u></p>	<p><u>業者と検討すること。その上で、当該サービスを継続する場合は、適切に実施方法及び実施内容を見直すこと。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>

新	旧
<p>いることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定する。</p> <p>⑥ 本加算は、6 月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましい。</p> <p>⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできない。</p> <p>(3) 注 5 の減算について</p> <p>生活行為向上リハビリテーションの提供を終了後、同一の利用者に対して、引き続き指定介護予防通所リハビリテーションを提供することは差し支えないが、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たって、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得る際には、6 月以内の期間に限り、1 日につき所定単位数の 100 分の 15 に相当する単位数が減算されることを説明した上で、当該計画の同意を得る。</p> <p>(4) 指定介護予防通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者に対し指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合の減算について</p> <p>① 同一建物の定義</p> <p>指定通所介護と同様であるので、老企第 36 号 7 の(●)①を参照されたい。</p> <p>② 注 9 の減算の対象</p> <p>注 9 の減算の対象となるのは、当該事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から指定介護予防通所リハビリテーションを利用する者に限られることに留意すること。したがって、例えば、自宅（同一建物に居住する者を除く。）から指定介護予防通所リハビリテーション事業所へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が指定介護予防通所リハビリテーション事業所へ通い、自宅（同一建物に居住する者を除く。）に帰る場合、この日は減算の対象となる。</p> <p>③ なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して 1 月を通じて当該サービスを提供する日ごとに送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。この場合の具体的な例及び記録については、指定通所介護と同様であるので、老企第 36 号 7 の(●)②を参照されたい。</p> <p>(5) 運動器機能向上加算の取扱いについて</p> <p>① 指定介護予防通所リハビリテーションにおいて運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意しつつ行うこと。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置して行う。</p>	<p>(新設)</p> <p>(2) 運動器機能向上加算の取扱いについて</p> <p>① 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意しつつ行うこと。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧</p>

新	旧
<p>③ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施する。</p> <p>ア 利用者ごとに<b>医師又は看護職員</b>等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たったのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握する。</p> <p>イ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね 3 月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するためのおおむね 1 月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。</p> <p>ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、<b>医師</b>、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1 回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるもの、おおむね 3 月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者によりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、<b>指定介護予防通所リハビリテーション</b>においては、運動器機能向上計画に相当する内容をリハビリテーション計画の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防計画に実施上の有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。</p> <p>オ 利用者の短期目標に応じて、おおむね 1 月間ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。</p> <p>カ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、前記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。</p>	<p><b>師（以下「理学療法士等」という。）</b>を 1 名以上配置して行う<b>ものであること</b>。</p> <p>③ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施すること。</p> <p>ア 利用者ごとに看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たったのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握すること。</p> <p>イ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね 3 月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するためのおおむね 1 月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。</p> <p>ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1 回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるもの、おおむね 3 月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者によりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、<b>介護予防通所リハビリテーション</b>においては、運動器機能向上計画に相当する内容をリハビリテーション計画の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防計画に実施上の有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。</p> <p>オ 利用者の短期目標に応じて、おおむね 1 月間ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。</p> <p>カ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、前記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。</p>

新	旧
<p>キ 旧指定介護予防サービス基準第 107 条において準用する第 19 条又は指定介護予防サービスの基準第 123 条において準用する第 49 条の 13 において規定するそれぞれのサービスの提供の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、<u>指定介護予防通所リハビリテーション</u>においては医師又は医師の指示を受けた理学療法士、<u>作業療法士、言語聴覚士</u>若しくは看護職員が利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算の算定のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要がある。</p> <p>(6) <u>栄養改善加算の取扱いについて</u>  <u>指定通所リハビリテーションと同様であるので、老企第 36 号 8 の (16) を参照されたい。</u>                  ただし、<u>指定介護予防通所リハビリテーション</u>において栄養改善サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができない限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。                  なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね 3 月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。</p> <p>(7) <u>栄養スクリーニング加算の取扱いについて</u>  <u>指定通所リハビリテーションと同様であるので、老企第 36 号 8 の (17) を参照されたい。</u>                  口腔機能向上加算の取扱いについて  <u>指定通所リハビリテーションと同様であるので、老企第 36 号 8 の (18) を参照されたい。</u>                  ただし、<u>指定介護予防通所リハビリテーション</u>において口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができない限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。                  なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね 3 月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。</p> <p>(9) <u>選択的サービス複数実施加算の取扱いについて</u>                  当該加算は、選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせ実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。                  ① 実施する選択的サービスごとに、<u>(5)、(6)、(8)</u>に掲げる各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。</p>	<p>キ 旧指定介護予防サービス基準第 107 条において準用する第 19 条又は指定介護予防サービスの基準第 123 条において準用する第 49 条の 13 において規定するそれぞれのサービスの提供の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、<u>介護予防通所介護においては、理学療法士等、経験のある介護職員その他の職種の者が、</u>介護予防通所リハビリテーションにおいては医師又は医師の指示を受けた理学療法士等若しくは看護職員が利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算の算定のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要があるものとする。</p> <p>(3) <u>栄養改善加算の取扱いについて</u>  <u>通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養改善加算と基本的に同様である。</u>                  ただし、<u>介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション</u>において栄養改善サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができない限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。                  なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね 3 月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。</p> <p>(新設)                  (4) <u>口腔機能向上加算の取扱いについて</u>  <u>通所介護・通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算と基本的に同様である。</u>                  ただし、<u>介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション</u>において口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。                  なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね 3 月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。</p> <p>(5) <u>選択的サービス複数実施加算の取扱いについて</u>                  当該加算は、選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせ実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。                  ① 実施する選択的サービスごとに、<u>(2)から(4)まで</u>に掲げる各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。</p>

新	旧
<p>② いずれかの選択的サービスを週 1 回以上実施すること。</p> <p>③ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせて実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。</p> <p><u>(10)</u> 事業所評価加算の取扱いについて 事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準は以下のとおりとする。</p> <p>① 別に定める基準への要件の算出式</p> <p><u>評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数</u> <u>評価対象期間内に指定介護予防所リハビリテーションを利用した者の数</u> <math>\geq 0.6</math></p> <p>② 別に定める基準への要件の算出式</p> <p><u>要支援状態区分の維持者数 + 改善者数</u> <math>\times 2</math> <u>評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを 3 月以上利用し、その後</u> <u>に更新・変更認定を受けた者の数</u> <math>\geq 0.7</math></p> <p><u>(11)</u> 介護職員処遇改善加算の取扱い 2 (8) を参照のこと。</p> <p><u>(12)</u> その他の取扱い 前記以外の基本的な取扱いについては、通所リハビリテーションの取扱方針に従うこととする。</p>	<p>② いずれかの選択的サービスを週 1 回以上実施すること。</p> <p>③ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせて実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。</p> <p><u>(6)</u> 事業所評価加算の取扱いについて 事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準は以下のとおりとする。</p> <p>① 別に定める基準への要件の算出式</p> <p><u>評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数 / 評価対象期間内に介護予防所介護又は介護予防所リハビリテーションをそれぞれ利用した者の数</u> <math>\geq 0.6</math></p> <p>② 別に定める基準への要件の算出式</p> <p><u>(要支援状態区分の維持者数 + 改善者数) <math>\times 2</math> / 評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを 3 月以上利用し、その後</u> <u>に更新・変更認定を受けた者の数</u> <math>\geq 0.7</math></p> <p>(7) <u>指定介護予防所介護事業所又は指定介護予防所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者に対し指定介護予防所介護又は指定介護予防所リハビリテーションを行った場合の減算について</u></p> <p>① 同一建物の定義 通所介護と同様であるので、老企第 36 号 7 の <u>(14)①</u>を参照されたい。</p> <p>② <u>注 6</u> の減算の対象</p> <p><u>注 6</u> の減算の対象となるのは、当該事業所と同一建物に居住する者及び同一建物から <u>指定介護予防所介護</u> を利用する者に限られることに留意すること。したがって、例えば、自宅（同一建物に居住する者を除く。）から <u>介護予防所介護事業所</u> へ通い、同一建物に宿泊する場合、この日は減算の対象とならないが、同一建物に宿泊した者が <u>介護予防所介護事業所</u> へ通い、自宅（同一建物に居住する者を除く。）に帰る場合、この日は減算の対象となる。</p> <p>③ なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して 1 月を通じて当該サービスを提供する日ごとに送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。この場合の具体的な例及び記録については、通所介護と同様であるので老企第 36 号 7 の <u>(14)②</u>を参照されたい。</p> <p><u>(8)</u> 介護職員処遇改善加算の取扱い 2 (8) を参照のこと。</p> <p><u>(9)</u> その他の取扱い 前記以外の基本的な取扱いについては、<u>通所介護・通所リハビリテーション</u> の取扱方針に従うこととする。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>第二 総論</p> <p>1 事業者指定の単位について 事業者の指定は、原則としてサービス提供の拠点ごとに行うものとするが、地域の実情等を踏まえ、サービス提供体制の面的な整備、効率的な事業実施の観点から本体の事業所とは別にサービス提供等を行う出張所等であって、次の要件を満たすものについては、一体的なサービス提供の単位として「事業所」に含めて指定することができる取扱いとする。なお、この取扱いについては、同一法人にのみ認められる。</p> <p>① 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。</p> <p>② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制（例えば、当該出張所等の従業者が急病等でサービスの提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。</p> <p>③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。</p> <p>④ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。</p> <p>⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。</p> <p><u>なお、サテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の本体事業所が訪問看護事業所として指定を受けている場合であって、当該サテライト指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が指定訪問看護を行うものとして①～⑤を満たさず場合には、本体事業所の指定訪問看護事業所に含めて指定できるものであること。</u></p> <p>第三 介護サービス 三 訪問看護 1 人員に関する基準 (1) 看護師等の員数（居宅基準第60条） ① 指定訪問看護ステーションの場合（居宅基準第60条第1項第1号） イ 指定訪問看護ステーションにおける保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）の員数については、常勤換算方法で2.5人以上と定められたが、これについては、職員の支援体制等を考慮した最小限の員数として定められたものであり、各地域におけるサービス利用の状況や利用者数及び指定訪問看護の事業の業務量を考慮し、適切な員数の人員を確保するものとする。 ロ 勤務日及び勤務時間が不定期な看護師等についての勤務延長時間の算定については、指定訪問介護の場合と同様である。 ハ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、実情に応じた適当数を配置するものとする（配置しないことも可能である。）。</p>	<p>第二 総論</p> <p>1 事業者指定の単位について 事業者の指定は、原則としてサービス提供の拠点ごとに行うものとするが、地域の実情等を踏まえ、サービス提供体制の面的な整備、効率的な事業実施の観点から本体の事業所とは別にサービス提供等を行う出張所等であって、次の要件を満たすものについては、一体的なサービス提供の単位として「事業所」に含めて指定することができる取扱いとする。なお、この取扱いについては、同一法人にのみ認められる。</p> <p>① 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。</p> <p>② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制（例えば、当該出張所等の従業者が急病等でサービスの提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。</p> <p>③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。</p> <p>④ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。</p> <p>⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。</p> <p>第三 介護サービス 三 訪問看護 1 人員に関する基準 (1) 看護師等の員数（居宅基準第60条） ① 指定訪問看護ステーションの場合（居宅基準第60条第1項第1号） イ 指定訪問看護ステーションにおける保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）の員数については、常勤換算方法で2.5人以上と定められたが、これについては、職員の支援体制等を考慮した最小限の員数として定められたものであり、各地域におけるサービス利用の状況や利用者数及び指定訪問看護の事業の業務量を考慮し、適切な員数の人員を確保するものとする。 ロ 勤務日及び勤務時間が不定期な看護師等についての勤務延長時間の算定については、指定訪問介護の場合と同様である。 ハ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、実情に応じた適当数を配置するものとする（配置しないことも可能である。）。</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>ニ 出張所等があるときは、常勤換算を行う際の事業所の看護職員の勤務延長時間数とは、出張所等における勤務延長時間数も含めるものとする。</p> <p>② 指定訪問看護を担当する医療機関の場合（居宅基準第60条第1項第2号） 指定訪問看護事業所ごとに、指定訪問看護の提供に当たるとる看護職員を適当数置かなければならない。</p> <p>③ 指定定期巡回・随時対応訪問介護看護又は指定複合型サービスとの一体的運営について（居宅基準第60条第4項及び第5項） 指定訪問看護事業者が、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者又は指定複合型サービス事業者の指定を併せて受け、かつ、当該事業が指定訪問看護事業所と同じ事業所で一体的に運営されている場合には、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者又は指定複合型サービス事業（以下③において「指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者等」という。）の指定を受ける上で必要とされている看護職員の員数（常勤換算方法で2.5）を配置していることをもって、指定訪問看護の看護職員の人員基準を満たしているものとみなすことができることとしている。</p> <p>なお、指定訪問看護事業者が指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者等の看護職員の人員配置基準を満たしていることにより指定訪問看護の看護職員の人員配置基準を満たしているものとみなされている場合には、当該指定訪問看護事業の人員配置基準を満たしていることをもって別の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者等の看護職員の人員配置基準を満たしているものとみなさないので留意すること。</p> <p>(2) 指定訪問看護ステーションの管理者（居宅基準第61条）</p> <p>① 訪問看護ステーションの管理者は常勤であり、かつ、原則として専ら当該指定訪問看護ステーションの管理業務に従事するものとする。ただし、以下の場合であって、当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができる。</p> <p>イ 当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合</p> <p>ロ 当該指定訪問看護ステーションが健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合に、当該訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合</p> <p>ハ 同一敷地内にある又は又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間を極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もありうる。）</p> <p>② 指定訪問看護ステーションの管理者は、管理者としてふさわしいと認められる保健師又は</p>	<p>ニ 出張所等があるときは、常勤換算を行う際の事業所の看護職員の勤務延長時間数とは、出張所等における勤務延長時間数も含めるものとする。</p> <p>② 指定訪問看護を担当する医療機関の場合（居宅基準第60条第1項第2号） 指定訪問看護事業所ごとに、指定訪問看護の提供に当たるとる看護職員を適当数置かなければならない。</p> <p>③ 指定定期巡回・随時対応訪問介護看護又は指定複合型サービスとの一体的運営について（居宅基準第60条第4項及び第5項） 指定訪問看護事業者が、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者又は指定複合型サービス事業者の指定を併せて受け、かつ、当該事業が指定訪問看護事業所と同じ事業所で一体的に運営されている場合には、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者又は指定複合型サービス事業（以下③において「指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者等」という。）の指定を受ける上で必要とされている看護職員の員数（常勤換算方法で2.5）を配置していることをもって、指定訪問看護の看護職員の人員基準を満たしているものとみなすことができることとしている。</p> <p>なお、指定訪問看護事業者が指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者等の看護職員の人員配置基準を満たしていることにより指定訪問看護の看護職員の人員配置基準を満たしているものとみなされている場合には、当該指定訪問看護事業の人員配置基準を満たしていることをもって別の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者等の看護職員の人員配置基準を満たしているものとみなさないので留意すること。</p> <p>(2) 指定訪問看護ステーションの管理者（居宅基準第61条）</p> <p>① 訪問看護ステーションの管理者は常勤であり、かつ、原則として専ら当該指定訪問看護ステーションの管理業務に従事するものとする。ただし、以下の場合であって、当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができる。</p> <p>イ 当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合</p> <p>ロ 当該指定訪問看護ステーションが健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合に、当該訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合</p> <p>ハ 同一敷地内にある又は又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間を極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もありうる。）</p> <p>② 指定訪問看護ステーションの管理者は、管理者としてふさわしいと認められる保健師又は</p>



○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>看護師であって、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第14条第3項の規定により保健師又は看護師の業務の停止を命ぜられ、業務停止の期間終了後2年を経過しない者に該当しないものである。</p> <p>③ 管理者の長期間の傷病又は出張等のやむを得ない理由がある場合には、老人の福祉の向上に関し相当の知識、経験及び熱意を有し、過去の経歴等を勘案して指定訪問看護ステーションの管理者としてふさわしいと都道府県知事に認められた者であれば、管理者として保健師及び看護師以外の者をあてることができるものとする。ただし、この場合においても、可能な限り速やかに常勤の保健師及び看護師の管理者が確保されるように努めなければならないものである。</p> <p>④ 指定訪問看護ステーションの管理者は、医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験のある者である必要がある。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。</p> <p>2 設備に関する基準</p> <p>(1) 指定訪問看護ステーションの場合（居宅基準第62条第1項）</p> <p>① 指定訪問看護ステーションには、運営に必要な面積を有する専用の事務室を設ける必要がある。ただし、当該指定訪問看護ステーションが健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合には、両者を共用することは差し支えない。また、当該指定訪問看護ステーションが、他の事業の事業所を兼ねる場合には、必要な広さの専用の区画を有することと差し支えないものとする。なお、この場合に、区分されていなくても業務に支障がないときは、指定訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されていなければならないものである。</p> <p>② 事務室については、利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保するものとする。</p> <p>③ 指定訪問看護に必要な設備及び備品等を確保する必要がある。特に、感染症予防に必要な設備等に配慮する必要がある。ただし、他の事業所、施設等と同一敷地内にある場合であっても、指定訪問看護の事業又は当該他の事業所、施設等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができるものとする。</p> <p>(2) 指定訪問看護を担当する医療機関の場合（居宅基準第62条第2項）</p> <p>① 指定訪問看護を担当する病院又は診療所には、指定訪問看護の事業を行うために必要な専用の区画を設ける必要がある。なお、業務に支障がないときは、指定訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されていなければならないものである。</p> <p>② 指定訪問看護事業に必要な設備及び備品等を確保する必要がある。ただし、設備及び備品等については、当該医療機関における診療用に備え付けられたものを使用することが出来るものである。</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(1) サービス提供困難時の対応</p>	<p>看護師であって、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第14条第3項の規定により保健師又は看護師の業務の停止を命ぜられ、業務停止の期間終了後2年を経過しない者に該当しないものである。</p> <p>③ 管理者の長期間の傷病又は出張等のやむを得ない理由がある場合には、老人の福祉の向上に関し相当の知識、経験及び熱意を有し、過去の経歴等を勘案して指定訪問看護ステーションの管理者としてふさわしいと都道府県知事に認められた者であれば、管理者として保健師及び看護師以外の者をあてることができるものとする。ただし、この場合においても、可能な限り速やかに常勤の保健師及び看護師の管理者が確保されるように努めなければならないものである。</p> <p>④ 指定訪問看護ステーションの管理者は、医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験のある者である必要がある。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。</p> <p>2 設備に関する基準</p> <p>(1) 指定訪問看護ステーションの場合（居宅基準第62条第1項）</p> <p>① 指定訪問看護ステーションには、運営に必要な面積を有する専用の事務室を設ける必要がある。ただし、当該指定訪問看護ステーションが健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合には、両者を共用することは差し支えない。また、当該指定訪問看護ステーションが、他の事業の事業所を兼ねる場合には、必要な広さの専用の区画を有することと差し支えないものとする。なお、この場合に、区分されていなくても業務に支障がないときは、指定訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されていなければならないものである。</p> <p>② 事務室については、利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保するものとする。</p> <p>③ 指定訪問看護に必要な設備及び備品等を確保する必要がある。特に、感染症予防に必要な設備等に配慮する必要がある。ただし、他の事業所、施設等と同一敷地内にある場合であっても、指定訪問看護の事業又は当該他の事業所、施設等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができるものとする。</p> <p>(2) 指定訪問看護を担当する医療機関の場合（居宅基準第62条第2項）</p> <p>① 指定訪問看護を担当する病院又は診療所には、指定訪問看護の事業を行うために必要な専用の区画を設ける必要がある。なお、業務に支障がないときは、指定訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されていなければならないものである。</p> <p>② 指定訪問看護事業に必要な設備及び備品等を確保する必要がある。ただし、設備及び備品等については、当該医療機関における診療用に備え付けられたものを使用することが出来るものである。</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(1) サービス提供困難時の対応</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>指定訪問看護事業者が、指定訪問看護の提供を拒否する正当な理由としては、第3の一の3の(2)に示した理由のほか、利用申込者の病状等により、自ら適切な訪問看護の提供が困難と判断した場合が該当するが、これらの場合には、居宅基準第63条の規定により、指定訪問看護事業者は、主治医及び居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者等を紹介する等の必要な措置を速やかに講じなければならない。</p> <p>(2) 利用料の受領</p> <p>① 居宅基準第66条第1項、第3項及び第4項については、第3の一の3の(10)の①、③及び④を参照されたいこと。</p> <p>② 同条第2項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、法定代理受領サービスでない指定訪問看護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額及び法定代理受領サービスである指定訪問看護に係る費用の額と、医療保険給付又は訪問看護療養費の対象となる健康保険法上の指定訪問看護の費用の額に不合理な差異を設けてはならないこととし、たものであること。</p> <p>なお、そもそも介護保険給付、医療保険給付又は訪問看護療養費の給付対象となる訪問看護と明確に区分されるサービスについては、第3の一の3の(10)の②の②のなお書きを参照されたいこと。</p> <p>(3) 指定訪問看護の基本取扱方針及び具体的取扱方針</p> <p>居宅基準第67条及び第68条にいう指定訪問看護の取扱方針において、特に留意すべきことは、次のとおりであること。</p> <p>① 指定訪問看護は、利用者の心身の状態を踏まえ、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治医との密接な連携のもとに訪問看護計画に沿って行うこととしたものであること。</p> <p>② 指定訪問看護の提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問看護計画の修正を行い改善を図る等に努めなければならないものであること。</p> <p>③ 利用者の健康状態と経過、看護の目標や内容、具体的な方法その他療養上必要な事項について利用者及び家族に理解しやすいう指導又は説明を行うこと。</p> <p>④ 指定訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な看護技術をもって対応できるように、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。</p> <p>⑤ 医学の立場を堅持し、広く一般に認められない看護等については行ってはならないこと。</p> <p>(4) 主治医との関係（居宅基準第69条）</p> <p>① 指定訪問看護事業所の管理者は、利用者の主治医が発行する訪問看護指示の文書（以下、第3の三において「指示書」という。）に基づき指定訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、指定訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。なお、主治医とは、利用申込者の選定により加療している医師をいい、主治医以</p>	<p>指定訪問看護事業者が、指定訪問看護の提供を拒否する正当な理由としては、第3の一の3の(2)に示した理由のほか、利用申込者の病状等により、自ら適切な訪問看護の提供が困難と判断した場合が該当するが、これらの場合には、居宅基準第63条の規定により、指定訪問看護事業者は、主治医及び居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者等を紹介する等の必要な措置を速やかに講じなければならない。</p> <p>(2) 利用料の受領</p> <p>① 居宅基準第66条第1項、第3項及び第4項については、第3の一の3の(10)の①、③及び④を参照されたいこと。</p> <p>② 同条第2項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、法定代理受領サービスでない指定訪問看護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額及び法定代理受領サービスである指定訪問看護に係る費用の額と、医療保険給付又は訪問看護療養費の対象となる健康保険法上の指定訪問看護の費用の額に不合理な差異を設けてはならないこととし、たものであること。</p> <p>なお、そもそも介護保険給付、医療保険給付又は訪問看護療養費の給付対象となる訪問看護と明確に区分されるサービスについては、第3の一の3の(10)の②の②のなお書きを参照されたいこと。</p> <p>(3) 指定訪問看護の基本取扱方針及び具体的取扱方針</p> <p>居宅基準第67条及び第68条にいう指定訪問看護の取扱方針において、特に留意すべきことは、次のとおりであること。</p> <p>① 指定訪問看護は、利用者の心身の状態を踏まえ、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治医との密接な連携のもとに訪問看護計画に沿って行うこととしたものであること。</p> <p>② 指定訪問看護の提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問看護計画の修正を行い改善を図る等に努めなければならないものであること。</p> <p>③ 利用者の健康状態と経過、看護の目標や内容、具体的な方法その他療養上必要な事項について利用者及び家族に理解しやすいう指導又は説明を行うこと。</p> <p>④ 指定訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な看護技術をもって対応できるように、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。</p> <p>⑤ 医学の立場を堅持し、広く一般に認められない看護等については行ってはならないこと。</p> <p>(4) 主治医との関係（居宅基準第69条）</p> <p>① 指定訪問看護事業所の管理者は、利用者の主治医が発行する訪問看護指示の文書（以下、第3の三において「指示書」という。）に基づき指定訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、指定訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。なお、主治医とは、利用申込者の選定により加療している医師をいい、主治医以</p>

新	旧
<p>外の複数の医師から指示書の交付を受けることはできないものであること。</p> <p>② 居宅基準第69条第2項は、指定訪問看護の利用対象者は、その主治医が指定訪問看護の必要性を認めたものに限られるものであることを踏まえ、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際しては、指示書の交付を受けなければならないこととしたものであること。</p> <p>③ 指定訪問看護事業所の管理者は、主治医と連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、定期的に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提出しなければならないこと。</p> <p><b>④ 指定訪問看護ステーションが主治医に提出する訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、書面又は電子的な方法により主治医に提出できるものとする。ただし、電子的な方法によって個々の利用者の訪問看護に関する計画等を主治医に提出する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める機密性審査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI:Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。</b></p> <p>⑤ 指定訪問看護の実施に当たっては、特に医療施設内の場合と異なり、看護師等が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。</p> <p>⑥ 保険医療機関が指定訪問看護事業者である場合には、主治医の指示は診療録に記載されるもので差し支えないこと。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書についても看護記録等の診療記録に記載されるもので差し支えないこと。</p> <p>(5) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成</p> <p>① 居宅基準第70条は、看護師等（准看護師を除く。）が利用者ごとに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成することとしたものである。</p> <p>② 看護師等は、訪問看護計画書には、利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて、看護目標、具体的なサービス内容等を記載する。なお、既に居宅サービス計画を立案する。</p> <p>③ 看護師等は、訪問看護計画書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必要がある。</p> <p>④ 訪問看護計画書は、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。</p> <p>なお、訪問看護計画書を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問看護計画書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。</p> <p>⑤ 訪問看護計画書は、利用者の希望、主治医の指示及び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、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</p>	<p>外の複数の医師から指示書の交付を受けることはできないものであること。</p> <p>② 居宅基準第69条第2項は、指定訪問看護の利用対象者は、その主治医が指定訪問看護の必要性を認めたものに限られるものであることを踏まえ、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際しては、指示書の交付を受けなければならないこととしたものであること。</p> <p>③ 指定訪問看護事業所の管理者は、主治医と連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、定期的に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提出しなければならないこと。</p> <p><b>(新設)</b></p> <p>④ 指定訪問看護の実施に当たっては、特に医療施設内の場合と異なり、看護師等が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。</p> <p>⑤ 保険医療機関が指定訪問看護事業者である場合には、主治医の指示は診療録に記載されるもので差し支えないこと。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書についても看護記録等の診療記録に記載されるもので差し支えないこと。</p> <p>(5) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成</p> <p>① 居宅基準第70条は、看護師等（准看護師を除く。）が利用者ごとに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成することとしたものである。</p> <p>② 看護師等は、訪問看護計画書には、利用者の希望、主治医の指示及び看護目標、具体的なサービス内容等を記載する。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、当該計画に沿って訪問看護の計画を立案する。</p> <p>③ 看護師等は、訪問看護計画書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必要がある。</p> <p>④ 訪問看護計画書は、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。</p> <p>なお、訪問看護計画書を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問看護計画書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。</p> <p>⑤ 訪問看護計画書は、利用者の希望、主治医の指示及び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、看護師等は、訪問看護計画書の作成に当たっては、その内容を説明した上で利用者の同意</p>

○ (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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p><u>しくは言語聴覚士による指定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なせる訪問であること</u>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ぬ。</p> <p>なお、交付した訪問看護計画書は、居宅基準第73条の2第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならない。</p> <p>⑥ 指定訪問看護事業所が保険医療機関である場合は、居宅基準第69条第4項により、主治の医師への訪問看護計画書の提出は、診療記録への記載をもって代えることができることとされているため、居宅基準第70条第4項に基づく訪問看護計画書の交付については、「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」(平成12年3月30日老企第55号)に定める訪問看護計画書を参考に各事業所ごとに定めるものを交付することで差し支えない。</p> <p>⑦ 看護師等は、訪問看護報告書には、訪問を行った日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載する。なお、居宅基準第70条に規定する報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものをいい、当該報告書の記載と先に主治医に提出した訪問看護計画書(当該計画書を居宅基準第69条第4項において診療記録の記載をもって代えた場合を含む。)の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えないこととする。</p> <p><u>⑧ 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。</u></p> <p>⑨ 管理者にあつては、訪問看護計画に沿った実施状況を把握し、計画書及び報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。</p> <p>⑩ 指定訪問看護事業者は、主治医との連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を定期的に主治医に提出しなければならない。</p> <p>⑪ 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看護事業者については、第3の1の3の(13)の⑥を準用する。この場合において、「訪問介護計画」とあるのは「訪問看護計画」と読み替える。</p> <p>(6) 記録の整備 指定訪問看護事業所が保険医療機関である場合は、居宅基準第73条の2により整備すべき記録のうち、指示書、訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、診療録及び診療記録の保存でも差し支えない。</p> <p>(7) 準用 居宅基準第74条の規定により、居宅基準第8条、第9条、第11条から第13条まで、第15条から第19条まで、第21条、第26条、第30条から第38条まで及び第52条の規定は、指定</p>	<p>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。</p> <p>なお、交付した訪問看護計画書は、居宅基準第73条の2第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならない。</p> <p>⑥ 指定訪問看護事業所が保険医療機関である場合は、居宅基準第69条第4項により、主治の医師への訪問看護計画書の提出は、診療記録への記載をもって代えることができることとされているため、居宅基準第70条第4項に基づく訪問看護計画書の交付については、「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」(平成12年3月30日老企第55号)に定める訪問看護計画書を参考に各事業所ごとに定めるものを交付することで差し支えない。</p> <p>⑦ 看護師等は、訪問看護報告書には、訪問を行った日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載する。なお、居宅基準第70条に規定する報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものをいい、当該報告書の記載と先に主治医に提出した訪問看護計画書(当該計画書を居宅基準第69条第4項において診療記録の記載をもって代えた場合を含む。)の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えないこととする。</p> <p>⑧ 管理者にあつては、訪問看護計画に沿った実施状況を把握し、計画書及び報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。</p> <p>⑨ 指定訪問看護事業者は、主治医との連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を定期的に主治医に提出しなければならない。</p> <p>⑩ 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看護事業者については、第3の1の3の(13)の⑥を準用する。この場合において、「訪問介護計画」とあるのは「訪問看護計画」と読み替える。</p> <p>(6) 記録の整備 指定訪問看護事業所が保険医療機関である場合は、居宅基準第73条の2により整備すべき記録のうち、指示書、訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、診療録及び診療記録の保存でも差し支えない。</p> <p>(7) 準用 居宅基準第74条の規定により、居宅基準第8条、第9条、第11条から第13条まで、第15条から第19条まで、第21条、第26条、第30条から第38条まで及び第52条の規定は、指定</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>訪問看護の事業について準用されるものであるため、第3の(1)、(2)、(4)から(9)まで、(11)、(14)及び(19)から(26)まで並びに第3の(4)を参照されたい。この場合において、次の点に留意するものとする。</p> <p>① 居宅基準第13条（心身の状況等の把握）中「心身の状況」とあるのは、「心身の状況、病歴」と読み替えられること。</p> <p>② 準用される居宅基準第30条については、指定訪問看護ステーションにおいては、原則として月ごとの勤務表を作成し、看護師等については、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にすること。指定訪問看護を担当する医療機関においては、指定訪問看護事業所ごとに、指定訪問看護に従事する看護師等を明確にし、原則として月ごとの勤務表を作成し、それらの者の職務の内容、常勤・非常勤の別等を明確にすること。なお、指定訪問看護事業所の看護師等については、労働者派遣法に規定する派遣労働者（紹介予定派遣に係る者を除く。）であってはならないものであること。</p> <p>第四 介護予防サービス</p> <p>三 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準</p> <p>3 介護予防訪問看護</p> <p>(1) 指定介護予防訪問看護の基本取扱方針</p> <p>予防基準第75条にいう指定介護予防訪問看護の基本取扱方針について、特に留意すべきところは、次のとおりである。</p> <p>① 指定介護予防訪問看護は、利用者の心身の状態を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治医との密接な連携のもとに介護予防訪問看護計画に沿って行うものとしたものであること。</p> <p>② 介護予防訪問看護計画の作成に当たっては、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものであることに留意しつつ行うこと。</p> <p>③ 利用者の健康状態と経過、看護の目標や内容、具体的方法その他療養上必要な事項について利用者及び家族に理解しやすいう指導致し説明を行うこと。また、介護予防の十分な効果高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めること。</p> <p>④ サービスの提供に当たって、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用のできる能力を阻害するよう不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。</p> <p>⑤ 提供された介護予防サービスについては、介護予防訪問看護計画に定める目標達成の度合</p>	<p>訪問看護の事業について準用されるものであるため、第3の(1)、(2)、(4)から(9)まで、(11)、(14)及び(19)から(26)まで並びに第3の(4)を参照されたい。この場合において、次の点に留意するものとする。</p> <p>① 居宅基準第13条（心身の状況等の把握）中「心身の状況」とあるのは、「心身の状況、病歴」と読み替えられること。</p> <p>② 準用される居宅基準第30条については、指定訪問看護ステーションにおいては、原則として月ごとの勤務表を作成し、看護師等については、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にすること。指定訪問看護を担当する医療機関においては、指定訪問看護事業所ごとに、指定訪問看護に従事する看護師等を明確にし、原則として月ごとの勤務表を作成し、それらの者の職務の内容、常勤・非常勤の別等を明確にすること。なお、指定訪問看護事業所の看護師等については、労働者派遣法に規定する派遣労働者（紹介予定派遣に係る者を除く。）であってはならないものであること。</p> <p>第四 介護予防サービス</p> <p>三 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準</p> <p>3 介護予防訪問看護</p> <p>(1) 指定介護予防訪問看護の基本取扱方針</p> <p>予防基準第75条にいう指定介護予防訪問看護の基本取扱方針について、特に留意すべきところは、次のとおりである。</p> <p>① 指定介護予防訪問看護は、利用者の心身の状態を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治医との密接な連携のもとに介護予防訪問看護計画に沿って行うものとしたものであること。</p> <p>② 介護予防訪問看護計画の作成に当たっては、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものであることに留意しつつ行うこと。</p> <p>③ 利用者の健康状態と経過、看護の目標や内容、具体的方法その他療養上必要な事項について利用者及び家族に理解しやすいう指導致し説明を行うこと。また、介護予防の十分な効果高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めること。</p> <p>④ サービスの提供に当たって、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用のできる能力を阻害するよう不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。</p> <p>⑤ 提供された介護予防サービスについては、介護予防訪問看護計画に定める目標達成の度合</p>

○（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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図らなければならないこと。</p> <p>(2) 指定介護予防訪問看護の具体的取扱方針</p> <p>① 予防基準第76条第1号から第3号は、看護師等は、介護予防訪問看護計画を作成し、主治医に提出しなければならないこととしたものである。介護予防訪問看護計画の作成に当たっては、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等を把握・分析し、介護予防訪問看護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにした上で（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的内容、期間等を明らかにするものとする。なお、既に介護予防サービス計画が作成されている場合には、当該計画に沿って介護予防訪問看護の計画を立案する。</p> <p>② 同条第4号から第7号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。即ち、介護予防訪問看護計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、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指定介護予防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行わせる訪問であることについて説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることにより、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。看護師等は、介護予防訪問看護計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うものとする。</p> <p>また、介護予防訪問看護計画を作成した際には、遅滞なく利用者に交付しなければならない。また、介護予防訪問看護計画は、予防基準第73条第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならないこととしている。</p> <p>③ 同条第8号及び第9号は、指定介護予防訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な看護技術をもって対応できるよう、新しい看護技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものである。また、第9号においては、医学の立場を堅持し、広く一般に認められない看護等については行ってはならないこととしている。</p> <p>④ 同条第10号から第13号は、介護予防訪問看護計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）、当該モニタリングの結果も踏まえた介護予防訪問看護報告書の作成、当該報告書の内容の担当する介護予防支援事業者への報告及び主治医への定期的な提出を義務づけたものである。</p> <p>看護師等は、介護予防訪問看護報告書に、訪問を行った日、提供した看護内容、介護予防訪問看護計画に定めた目標に照らしたサービス提供結果等を記載する。なお、当該報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものを用い、当該報告書の記載と先に主治医に提出した介護予防訪問看護計画書（当該計画書を予防基準第76条第</p>	<p>いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図らなければならないこと。</p> <p>(2) 指定介護予防訪問看護の具体的取扱方針</p> <p>① 予防基準第76条第1号から第3号は、看護師等は、介護予防訪問看護計画を作成し、主治医に提出しなければならないこととしたものである。介護予防訪問看護計画の作成に当たっては、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等を把握・分析し、介護予防訪問看護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにした上で（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的内容、期間等を明らかにするものとする。なお、既に介護予防サービス計画が作成されている場合には、当該計画に沿って介護予防訪問看護の計画を立案する。</p> <p>② 同条第4号から第7号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。即ち、介護予防訪問看護計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることにより、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。看護師等は、介護予防訪問看護計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、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ものとする。</p> <p>また、介護予防訪問看護計画を作成した際には、遅滞なく利用者に交付しなければならない。また、介護予防訪問看護計画は、予防基準第73条第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならないこととしている。</p> <p>③ 同条第8号及び第9号は、指定介護予防訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な看護技術をもって対応できるよう、新しい看護技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものである。また、第9号においては、医学の立場を堅持し、広く一般に認められない看護等については行ってはならないこととしている。</p> <p>④ 同条第10号から第13号は、介護予防訪問看護計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）、当該モニタリングの結果も踏まえた介護予防訪問看護報告書の作成、当該報告書の内容の担当する介護予防支援事業者への報告及び主治医への定期的な提出を義務づけたものである。</p> <p>看護師等は、介護予防訪問看護報告書に、訪問を行った日、提供した看護内容、介護予防訪問看護計画に定めた目標に照らしたサービス提供結果等を記載する。なお、当該報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものを用い、当該報告書の記載と先に主治医に提出した介護予防訪問看護計画書（当該計画書を予防基準第76条第</p>

○ (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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>15号において診療記録の記載をもって代えた場合を含む。)の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えないこととする。</p> <p>看護師等は、介護予防訪問看護報告書に記載する内容について、担当する介護予防支援事業者に報告するとともに、当該報告書自体は、主治医に提出するものとする。</p> <p><u>また、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問看護を提供している利用者については、介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書は、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。なお、管理者にあつては、介護予防訪問看護計画に沿った実施状況を把握し、計画書及び報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。</u></p> <p>⑤ 同条第15号は、指定介護予防訪問看護事業所が保険医療機関である場合は、主治医への介護予防訪問看護計画書の提出は、診療記録への記載をもって代えることができることとしたものであり、「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」(平成12年3月30日老企第55号)に定める訪問看護計画書を参考に事業所ごとに定めるもので差し支えない。</p> <p>⑥ 介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している指定介護予防訪問看護事業者については、第4の三の1の(2)の⑥を準用する。この場合において、「介護予防訪問介護計画」とあるのは「介護予防訪問看護計画」と読み替える。</p> <p>(3) 主治医との関係</p> <p>① 指定介護予防訪問看護事業所の管理者は、利用者の主治医が発行する介護予防訪問看護指 示の文書(以下、第4の三の3において「指示書」という。)に基づき指定介護予防訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、指定介護予防訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。なお、主治医とは、利用申込者の選定により加療している医師をいい、主治医以外の複数の医師から指示書の交付を受けることとはできないものであること。</p> <p>② 予防基準第77条第2項は、指定介護予防訪問看護の利用対象者は、その主治医が指定介護 予防訪問看護の必要性を認めたものに限られるものであることを踏まえ、指定介護予防訪問 看護事業者は、指定介護予防訪問看護の提供の開始に際しては、利用者の主治医が発行する 指示書の交付を受けなければならないこととしたものであること。</p> <p><u>③ 指定訪問看護ステーションが主治医に提出する介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問 看護報告書については、書面又は電子的な方法により主治医に提出できるものとする。ただ し、電子的な方法によって個々の利用者の訪問看護に関する計画等を主治医に提出する場合は、 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」を遵守し、安全な通信環 境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準 拠性審査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤 (HPKI:Healthcare Public Key Infrastructure) による電子署名を施すこと。</u></p>	<p>15号において診療記録の記載をもって代えた場合を含む。)の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えないこととする。</p> <p>看護師等は、介護予防訪問看護報告書に記載する内容について、担当する介護予防支援事業者に報告するとともに、当該報告書自体は、主治医に提出するものとする。</p> <p>なお、管理者にあつては、介護予防訪問看護計画に沿った実施状況を把握し、計画書及び報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。</p> <p>⑤ 同条第15号は、指定介護予防訪問看護事業所が保険医療機関である場合は、主治医への介護予防訪問看護計画書の提出は、診療記録への記載をもって代えることができることとしたものであり、「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」(平成12年3月30日老企第55号)に定める訪問看護計画書を参考に事業所ごとに定めるもので差し支えない。</p> <p>⑥ 介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している指定介護予防訪問看護事業者については、第4の三の1の(2)の⑥を準用する。この場合において、「介護予防訪問介護計画」とあるのは「介護予防訪問看護計画」と読み替える。</p> <p>(3) 主治医との関係</p> <p>① 指定介護予防訪問看護事業所の管理者は、利用者の主治医が発行する介護予防訪問看護指 示の文書(以下、第4の三の3において「指示書」という。)に基づき指定介護予防訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、指定介護予防訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。なお、主治医とは、利用申込者の選定により加療している医師をいい、主治医以外の複数の医師から指示書の交付を受けることとはできないものであること。</p> <p>② 予防基準第77条第2項は、指定介護予防訪問看護の利用対象者は、その主治医が指定介護 予防訪問看護の必要性を認めたものに限られるものであることを踏まえ、指定介護予防訪問 看護事業者は、指定介護予防訪問看護の提供の開始に際しては、利用者の主治医が発行する 指示書の交付を受けなければならないこととしたものであること。</p> <p>(新設)</p>

○ (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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>④ 介護予防訪問看護の実施に当たっては、特に医療施設内の場合と異なり、看護師等が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。</p>	<p>③ 介護予防訪問看護の実施に当たっては、特に医療施設内の場合と異なり、看護師等が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。</p>



○（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 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>第 2 総論</p> <p>2 用語の定義</p> <p>(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」</p> <p>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、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。</p>	<p>第 2 総論</p> <p>2 用語の定義</p> <p>(4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」</p> <p>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、<b>指定通所介護及び指定通所リハビリテーション</b>について、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。</p> <p><u>また、指定通所リハビリテーション（1 時間以上 2 時間未満に限る）又は介護予防通所リハビリテーションが、保険医療機関において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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料のいずれかを算定すべきリハビリテーションが同じ訓練室で実施されている場合に限り、当該指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションを専ら提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料のいずれかを算定すべきリハビリテーションに従事して差し支えない。ただし、当該従業者が指定通所リハビリテーションに従事していない時間帯については、基準第 111 条第 2 項のロの従事者の員数及び厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）の 24 の 2 のイの従業者の合計数に含めない。</u></p>

新	旧
<p>四 訪問リハビリテーション</p> <p>1 人員に関する基準（居宅基準第 76 条）</p> <p>① 医師 専任の常勤医師が 1 人以上勤務していること。 なお、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ものであること。</p> <p>② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 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當教置かなければならない。</p> <p>2 設備に関する基準</p> <p>(1) 居宅基準第 77 条は、指定訪問リハビリテーション事業所については、</p> <p>① 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。</p> <p>② 指定訪問リハビリテーションの事業の運営を行うために必要な広さ（利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース）を有する専用の区画を設けていること。なお、業務に支障がないときは、指定訪問リハビリテーションの事業を行うための区画が明確に特定されなければならないこと。</p> <p>③ 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ていること。としたものである。</p> <p>(2) 設備及び備品等については、当該病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における診療用に備え付けられたものを使用することができるものである。</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(1) 利用料等の受領 居宅基準第 78 条の規定は、指定訪問看護に係る居宅基準第 66 条の規定と基本的に同趣旨であるため、第 3 の 3 の (2) を参照されたいこと。</p> <p>(2) 指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針及び具体的取扱方針（居宅基準第 79 条及び第 80 条）</p> <p>① 指定訪問リハビリテーションは、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治の医師との密接な連携のもとに訪問リハビリテーション計画に沿って行うこととしたものであること。</p> <p>② 指定訪問リハビリテーションの提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問リハビリテーション計画の修正を行い改善を図る等に努めなければならないものであること。</p>	<p>四 訪問リハビリテーション</p> <p>1 人員に関する基準（居宅基準第 76 条） 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當教置かなければならない。</p> <p>2 設備に関する基準</p> <p>(1) 居宅基準第 77 条は、指定訪問リハビリテーション事業所については、</p> <p>① 病院、診療所又は介護老人保健施設であること。</p> <p>② 指定訪問リハビリテーションの事業の運営を行うために必要な広さ（利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース）を有する専用の区画を設けていること。なお、業務に支障がないときは、指定訪問リハビリテーションの事業を行うための区画が明確に特定されなければならないこと。</p> <p>③ 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ていること。としたものである。</p> <p>(2) 設備及び備品等については、当該病院、診療所又は介護老人保健施設における診療用に備え付けられたものを使用することができるものである。</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(1) 利用料等の受領 居宅基準第 78 条の規定は、指定訪問看護に係る居宅基準第 66 条の規定と基本的に同趣旨であるため、第 3 の 3 の (2) を参照されたいこと。</p> <p>(2) 指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針及び具体的取扱方針（居宅基準第 79 条及び第 80 条）</p> <p>① 指定訪問リハビリテーションは、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治の医師との密接な連携のもとに訪問リハビリテーション計画に沿って行うこととしたものであること。</p> <p>② 指定訪問リハビリテーションの提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問リハビリテーション計画の修正を行い改善を図る等に努めなければならないものであること。</p>

新	旧
<p>③ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、利用者の心身状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点及び療養上必要な目標等、療養上必要な事項について利用者及びその家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うこと。</p> <p><u>（削除）</u></p> <p>④ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な技術をもって対応できるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。</p> <p>⑤ 指定訪問リハビリテーションを行った際には、速やかに、指定訪問リハビリテーションを実施した要介護者等の氏名、実施日時、実施した<u>指定訪問リハビリテーション</u>の要点及び担当者の氏名を記録すること。</p> <p>⑥ 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。</p> <p>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。</p> <p>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とはならないこと。</p> <p>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。</p> <p>(3) 訪問リハビリテーション計画の作成（居宅基準第 81 条）</p> <p>① 訪問リハビリテーション計画は、<u>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</u>、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、<u>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実施上の留意点、リハビリテーション終了の目安・時期</u>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、<u>居宅サービス計画</u>に沿って訪問リハビリテーション計画を立案すること。</p> <p>② <u>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つて、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、当該情報を根拠に訪問リハビリテーション計画を作成しても差</u></p>	<p>③ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、利用者の心身状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点及び療養上必要な目標等、療養上必要な事項について利用者及びその家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うこと。</p> <p><u>指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、別の医療機関の医師から情報提供を受けて、指定訪問リハビリテーションを実施する場合は、当該情報提供を行った医療機関の医師との間で十分な連携を図るものであること。</u></p> <p>④ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な技術をもって対応できるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。</p> <p>⑤ 指定訪問リハビリテーションを行った際には、速やかに、指定訪問リハビリテーションを実施した要介護者等の氏名、実施日時、実施した訪問リハビリテーションの要点及び担当者の氏名を記録すること。</p> <p>⑥ 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。</p> <p>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。</p> <p>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とはならないこと。</p> <p>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。</p> <p>(3) 訪問リハビリテーション計画の作成（居宅基準第 81 条）</p> <p>① 訪問リハビリテーション計画は、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、<u>主治医の指示及び目標、具体的なリハビリテーション内容</u>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、<u>当該計画</u>に沿って訪問リハビリテーション計画を立案する。</p> <p><u>（新設）</u></p>

新	旧
<p><b>し</b>支えないものとする<b>こと</b>。</p> <p>③ 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。</p> <p>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。</p> <p>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<b>こと</b>。</p> <p>⑥ 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、<b>当該</b>計画の作成に当たっては、その内容を説明した上で利用者の同意を得なければならない。</p> <p>なお、交付したリハビリテーション計画<b>書</b>は、居宅基準第 82 条の 2 第 2 項の規定に基づき、2 年間保存しなければならない。</p> <p>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、<b>指定</b>訪問リハビリテーション及び<b>指定通所</b>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、<b>居宅基準</b>第 115 条第 1 項から第 4 項の基準を満たすことにより、<b>居宅基準</b>第 81 条第 1 項から第 4 項の基準を満たしていることとすることができることとしたものであること。</p> <p>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。</p> <p>⑦ <b>指定</b>訪問リハビリテーション及び<b>指定通所</b>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、<b>居宅基準</b>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。</p> <p>⑧ 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については、第 3 の一の 3 の (13) の⑥を準用する。この場合において、「訪問介護計画」とあるのは「訪問リハビリテーション計画」と読み替える。</p> <p>(4) 記録の整備 居宅基準第 82 条の 2 第 2 項の指定訪問リハビリテーションの提供に関する記録には診療記</p>	<p>② 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。</p> <p>③ 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。</p> <p>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。</p> <p>④ 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、<b>訪問リハビリテーション</b>計画の作成に当たっては、その内容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、<b>当該訪問</b>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。</p> <p>なお、交付した<b>訪問</b>リハビリテーション計画は、居宅基準第 82 条の 2 第 2 項の規定に基づき、2 年間保存しなければならない。</p> <p>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、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、<b>通所リハビリテーションの基準</b>第 115 条第 1 項から第 4 項の基準を満たすことにより、<b>訪問リハビリテーションの基準</b>第 81 条第 1 項から第 4 項の基準を満たしていることとすることができることとしたものであること。</p> <p>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。</p> <p>⑥ 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、<b>基準</b>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。</p> <p>⑦ 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については、第 3 の一の 3 の (13) の⑥を準用する。この場合において、「訪問介護計画」とあるのは「訪問リハビリテーション計画」と読み替える。</p> <p>(4) 記録の整備 居宅基準第 82 条の 2 第 2 項の指定訪問リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録</p>

○（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 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>録が含まれるものであること。</p> <p>(5) 準用</p> <p>居宅基準第 83 条の規定により、居宅基準第 8 条から第 13 条まで、第 15 条から第 19 条まで、第 21 条、第 26 条、第 30 条から第 33 条まで、第 35 条から第 38 条まで、第 52 条、第 64 条及び第 65 条の規定は、指定訪問リハビリテーションの事業について準用されるものであるため、第 3 の一の 3 の(1)から(9)まで、(11)、(14)及び(19)から(26)まで、第 3 の二の 3 の(4)並びに第 3 の三の 3 の(2)を参照されたいこと。この場合において、次の点に留意するものとする。</p> <p>① 居宅基準第 13 条中「心身の状況」とあるのは「心身の状況、病歴」と読み替えられること。</p> <p>② 準用される居宅基準第 13 条については、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、指定訪問リハビリテーションに従事する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を明確にするとともに、それらの者の職務の内容、常勤・非常勤の別等を明確にすること。なお、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、労働者派遣法に規定する派遣労働者（紹介予定派遣に係る者を除く。）であってはならないものであること。</p>	<p>が含まれるものであること。</p> <p>(5) 準用</p> <p>居宅基準第 83 条の規定により、居宅基準第 8 条から第 13 条まで、第 15 条から第 19 条まで、第 21 条、第 26 条、第 30 条から第 33 条まで、第 35 条から第 38 条まで、第 52 条、第 64 条及び第 65 条の規定は、指定訪問リハビリテーションの事業について準用されるものであるため、第 3 の一の 3 の(1)から(9)まで、(11)、(14)及び(19)から(26)まで、第 3 の二の 3 の(4)並びに第 3 の三の 3 の(2)を参照されたいこと。この場合において、次の点に留意するものとする。</p> <p>① 居宅基準第 13 条中「心身の状況」とあるのは「心身の状況、病歴」と読み替えられること。</p> <p>② 準用される居宅基準第 13 条については、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、指定訪問リハビリテーションに従事する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を明確にするとともに、それらの者の職務の内容、常勤・非常勤の別等を明確にすること。なお、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、労働者派遣法に規定する派遣労働者（紹介予定派遣に係る者を除く。）であってはならないものであること。</p>

○（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 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>4 介護予防訪問リハビリテーション</p> <p>(1) 指定介護予防訪問リハビリテーションの基本取扱方針</p> <p>予防基準第 85 条にいう指定介護予防訪問リハビリテーションの基本取扱方針について、特に留意すべきところは、次のとおりである。</p> <p>① 指定介護予防訪問リハビリテーションは、利用者の心身の状態、<u>生活環境</u>を踏まえて、<u>妥当適切</u>に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、<u>指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき</u>介護予防訪問リハビリテーション計画に沿って行うものであること。</p> <p>指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、<u>指定介護予防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提供を受けて、当該情報を根拠に介護予防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</u>こと。なお、この場合は、<u>当該情報提供を行った別の医療機関の医師と当該事業所の医師の間で十分な連携を図るものであること</u>。</p> <p>② 介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、一人ひとりの高齢者ができる限り<u>要介護状態</u>にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものであることに留意しつつ行うこと。</p> <p>③ 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、利用者の心身の状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点及び療養上必要な目標等、療養上必要な事項について利用者及び家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うこと。</p> <p>また、介護予防の十分な効果を高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めること。</p> <p>④ サービスの提供に当たって、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用のできる能力を阻害するよう不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。</p> <p>⑤ 提供された介護予防サービスについては、介護予防訪問リハビリテーション計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図らなければならないものであること。</p> <p>(2) 指定介護予防訪問リハビリテーションの具体的取扱方針</p> <p>① 予防基準第 86 条第 1 号から第 3 号は、医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防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こととしたものであ</p>	<p>4 介護予防訪問リハビリテーション</p> <p>(1) 指定介護予防訪問リハビリテーションの基本取扱方針</p> <p>予防基準第 85 条にいう指定介護予防訪問リハビリテーションの基本取扱方針について、特に留意すべきところは、次のとおりである。</p> <p>① 指定介護予防訪問リハビリテーションは、利用者の心身の状態を踏まえて、<u>妥当適切</u>に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、<u>主治医との密接な連携のもと</u>に介護予防訪問リハビリテーション計画に沿って行う<u>ものとした</u>ものであること。<u>また、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たって、別の医療機関の医師から情報提供を受けて、指定介護予防訪問リハビリテーションを実施する場合は、当該情報提供を行った医療機関の医師との間で十分な連携を図るものであること</u>。</p> <p>② 介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、一人ひとりの高齢者ができる限り<u>要介護状態</u>にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものであることに留意しつつ行うこと。</p> <p>③ 指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、利用者の心身の状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点及び療養上必要な目標等、療養上必要な事項について利用者及び家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うこと。</p> <p>また、介護予防の十分な効果を高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めること。</p> <p>④ サービスの提供に当たって、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用のできる能力を阻害するよう不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。</p> <p>⑤ 提供された介護予防サービスについては、介護予防訪問リハビリテーション計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図らなければならないものであること。</p> <p>(2) 指定介護予防訪問リハビリテーションの具体的取扱方針</p> <p>① 予防基準第 86 条第 1 号から第 3 号は、医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防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こととしたものであ</p>

〇（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 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>る。介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等を把握・分析し、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供によって解決すべき問題状況を明らかにした上で（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的内容、期間等を明らかにするものとする。なお、既に介護予防サービス計画が作成されている場合には、当該計画に沿って介護予防訪問リハビリテーション計画を立案する。</p> <p>② 同条第 4 号から第 7 号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。即ち、介護予防訪問リハビリテーション計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることにより、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、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ものとする。</p> <p>また、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成した際には、<b>当該リハビリテーション計画書を</b>遅滞なく利用者に交付しなければならず、当該リハビリテーション計画書は、予防基準第 83 条第 2 項の規定に基づき、2 年間保存しなければならないこととしている。</p> <p>③ 同条第 8 号は、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な技術をもって対応できるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものである。</p> <p>④ 同条第 10 号から第 12 号は、介護予防訪問リハビリテーション計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）、当該モニタリング結果の記録の作成、当該記録の担当する介護予防支援事業者への報告を義務づけたものである。</p> <p>⑤ 介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している指定介護予防訪問リハビリテーション事業者については、<b>介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、利用者</b><b>の状況を把握・分析し、介護予防訪問リハビリテーションの提供によって解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにするものとする。なお、介護予防訪問リハビリテーション計画の様式については、事業所ごとに定めるもので差し支えない。</b></p>	<p>る。介護予防訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等を把握・分析し、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供によって解決すべき問題状況を明らかにした上で（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的内容、期間等を明らかにするものとする。なお、既に介護予防サービス計画が作成されている場合には、当該計画に沿って介護予防訪問リハビリテーション計画を立案する。</p> <p>② 同条第 4 号から第 7 号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。即ち、介護予防訪問リハビリテーション計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることにより、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士は、介護予防訪問リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、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ものとする。</p> <p>また、介護予防訪問リハビリテーション計画を作成した際には、遅滞なく利用者に交付しなければならないが、当該<b>介護予防訪問</b>リハビリテーション計画は、予防基準第 83 条第 2 項の規定に基づき、2 年間保存しなければならないこととしている。</p> <p>③ 同条第 8 号は、指定介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な技術をもって対応できるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものである。</p> <p>④ 同条第 10 号から第 12 号は、介護予防訪問リハビリテーション計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）、当該モニタリング結果の記録の作成、当該記録の担当する介護予防支援事業者への報告を義務づけたものである。</p> <p>⑤ 介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している指定介護予防訪問リハビリテーション事業者については、<b>第 4 の三の 1 の (2) の ⑥ を準用する。この場合において、「介護予防訪問介護計画」とあるのは「介護予防訪問リハビリテーション計画」と読み替える。</b></p>

平成30年度介護報酬の改定に伴う加算等の届出の取扱いについて  
(平成30年4月1日適用分)

平成30年度介護報酬の改定に伴う居宅サービス等の介護給付費算定に係る体制等に関する届出の取扱いは、次のとおりですので、ご注意ください。

- 届出が必要な事業所
  - 平成30年4月1日から創設される加算（以下「新規の加算」という。）を算定する場合
  - 現在算定中の加算を変更する場合
  - 規模区分（通所系サービス）に変更がある場合
- 届出書類
  - 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
  - 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（平成30年4月版）
- 添付書類
  - 新規の加算については現時点では未定です。3月中旬以降、県（中核市）のホームページに掲載する予定です。
  - 既存の加算については、各加算ごとに必要な書類を提出してください。
- 届出書の提出期限
  - 平成30年4月1日適用分の介護報酬算定に係る届出の提出期限は、平成30年4月1日まで猶予されます。
  - ただし、4月1日は日曜のため、4月2日（月）を提出期限とします。
  - 新規の加算だけではなく既存の加算の算定及び変更についても、4月2日を提出期限とします。
- 提出先 群馬県介護高齢課、前橋市介護高齢課、高崎市長寿社会課
- 加算に関する問い合わせ等について
  - 説明会等の資料を十分ご確認の上、指定権者あてFAXでお問い合わせください。
  - 質問内容により個別回答又は県（中核市）ホームページ等での回答を予定しています。  
※回答までに時間を要することがありますので、あらかじめご容赦ください。
- 留意事項
  - 届出書の提出後に、今後示される厚生労働省の通知等により、追加の書類等を求める場合がありますので、あらかじめご承知おきください。
  - 現時点で県指定の居宅介護支援について、平成30年度から指定権限が市町村に委譲されますが、平成30年4月1日適用分の算定については県に提出してください。
  - 平成30年5月以降に新たに加算等を算定する場合又は加算等の内容が変わる場合の届出については、通常どおり（下表参照）ですのでご注意ください。  
(居宅介護支援は事業所が所在する市町村に提出)

サービスの種類	提出期限	指定権者	提出先
訪問・通所サービス、 居宅療養管理指導、 福祉用具貸与	加算等の算定を開始 する月の前月15日 まで	県	事業所の所在地を管轄 する各保健福祉事務所
		中核市	中核市担当課
短期入所サービス 特定施設入居者生活介護	加算等の算定を開始 する月の初日まで	県	事業所の所在地を管轄 する各保健福祉事務所
		中核市	中核市担当課



※備考（別紙1）、備考（別紙1-2）を確認すること  
（別紙1）（別紙1-2）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・介護予防サービス）

算定開始日	平成	年	月	日	事業所名	事業所番号	1	0	等	割引	
提供サービス	人員配置区分										
各サービス共通	施設等の区分										
13 訪問看護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所 3 定期巡回・随時対応サービス連携	施設等の区分	人員配置区分	地域区分	その他の	該当す	3級地	2	4級地	3	5級地
				特別地域加算 中山間地域等における小規模事業 所加算（地域に関する状況） 中山間地域等における小規模事業 所加算（規模に関する状況） 緊急時訪問看護加算 特別管理体制 ターミナルケア体制 看護体制強化加算 サービス提供体制強化加算	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 その他				
				特別地域加算 中山間地域等における小規模事業 所加算（地域に関する状況） 中山間地域等における小規模事業 所加算（規模に関する状況） 緊急時介護予防訪問看護加算 特別管理体制 看護体制強化加算 サービス提供体制強化加算	1 なし 1 非該当 1 非該当 1 なし 1 対応不可 1 なし 1 3 加算Ⅰ 1 2 加算Ⅱ 1 なし 1 2 イ及びロの場合	2 該当 2 該当 2 該当 2 あり 2 対応可 2 あり 2 あり 2 あり 2 あり					
63 介護予防訪問看護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所	施設等の区分	人員配置区分	地域区分	その他の	該当す	3級地	2	4級地	3	5級地
				特別地域加算 中山間地域等における小規模事業 所加算（地域に関する状況） 中山間地域等における小規模事業 所加算（規模に関する状況） 緊急時介護予防訪問看護加算 特別管理体制 看護体制強化加算 サービス提供体制強化加算	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 その他				
				特別地域加算 中山間地域等における小規模事業 所加算（地域に関する状況） 中山間地域等における小規模事業 所加算（規模に関する状況） 緊急時介護予防訪問看護加算 特別管理体制 看護体制強化加算 サービス提供体制強化加算	1 なし 1 非該当 1 非該当 1 なし 1 対応不可 1 なし 1 2 あり 1 2 あり 1 2 あり 1 2 あり	2 該当 2 該当 2 該当 2 あり 2 対応可 2 あり 2 あり 2 あり					

※備考（別紙1）、備考（別紙1-2）を確認すること  
（別紙1）（別紙1-2）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所以外で一部実施する場所以の出張所等の状況）

算定開始日	平成	年	月	日	事業所名	事業所番号				
提供サービス	施設等の区分					その他の該当する体制等				
各サービス共通	人員配置区分					1 1級地 6 2級地 7 3級地 2 4級地 3 5級地 4 6級地 9 7級地 5 その他				
13 訪問看護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所 3 定期巡回・随時対応型サージック連携					1 なし 2 あり 1 非該当 2 該当 1 非該当 2 該当				
63 介護予防訪問看護	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所					1 なし 2 あり 1 非該当 2 該当 1 非該当 2 該当				

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所以外で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

※備考（別紙1）**（別紙1-2）を確認すること**  
（別紙1）（別紙1-2）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・介護予防サービス）

算定開始日	平成	年	月	日	事業所名	事業所番号	1	0	等	割引
提供サービス	施設等の区分				人員配置区分	その他	該当	する	体制	等
各サービス共通					地域区分	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 その他	2 4級地 3 5級地	
14 訪問リハビリテーション	病院又は診療所 介護老人保健施設 介護医療院					特別地域加算 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） 短期集中リハビリテーション実施加算 リハビリテーションマネジメント加算 社会参加支援加算 サービス提供体制強化加算	1 なし 2 あり 1 非該当 2 該当 1 非該当 2 該当 1 なし 2 あり 1 なし 2 あり 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ 5 加算Ⅳ			
64 介護予防訪問リハビリテーション	病院又は診療所 介護老人保健施設 介護医療院					特別地域加算 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） リハビリテーションマネジメント加算 事業所評価加算（申出）の有無 事業所評価加算	1 なし 2 あり 1 非該当 2 該当 1 非該当 2 該当 1 なし 2 あり 1 なし 2 あり 1 なし 2 あり			

↓ **必ず指定権者の宛先に○を付けて送付してください。**

群馬県介護高齢課 居宅サービス係あて	(FAX:027-223-6725)
前橋市介護高齢課 指導係あて	(FAX:027-223-4400)
高崎市介護保険課 介護サービス担当あて	(FAX:027-321-1166)

※ 送付票(送り状)は添付しないで、本様式のみ送信してください。

### 平成30年度介護報酬改定等に係る質問票

事業所番号	10	事業所名	
職・氏名		電話番号	
サービス種別 (該当箇所に ☑をつけて ください。)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(☐老健) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(☐特養併設) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(☐老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 診療所) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス		
関連資料名・ 該当ページ等			
質問内容	<p>※可能な限り質問理由、根拠、質問者の見解等も併せて記載してください。</p>		

整理欄	
-----	--

※太線枠内(整理欄以外)は、もれなく記載してください。

※質問内容により、個別の回答又は県(中核市)ホームページ等での回答を予定しています。

※回答までに時間を要することがありますので、あらかじめご容赦ください。