

令和5年度
介護サービス事業者集団指導資料
－（介護予防）訪問看護－

山梨県 峡南保健福祉事務所 福祉課 長寿介護担当

目次

項目	PageNo
人員・運営基準・介護報酬算定の考え方	P 1 ～ P 45
介護報酬の算定構造	P 46 ～ P 47
人員・運営基準・介護報酬算定の考え方(資料編)	P 48 ～ P 80
変更届出等について（各種加算関連手続き書類）	P 81 ～ P 99
特定医療費の対象疾患及び介護保険における「特定疾病」等一覧	P 100 ～ P 104
報酬評価の対象となる地域指定	P 105
「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」	P 106 ～ P 108
「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」（解説編）	P 109 ～ P 115
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	P 116 ～ P 117
（別紙）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	P 118 ～ P 123
訪問診療等に使用する車両に係る駐車許可についてのご案内	P 124

通知・様式等の掲載先

厚生労働省、山梨県からの通知、変更届等の様式などは、次のホームページに掲載されていますので、確認をお願いいたします。

①山梨県庁ホームページ⇒<https://www.pref.yamanashi.jp/>

- ・ トップページ → 組織から探す → 福祉保健部 → 健康長寿推進課
- ・ トップページ → 組織から探す → 福祉保健部 → 峡南保健福祉事務所
→ 福祉課 長寿介護担当

②WAM-NET（独立行政法人 福祉医療機構）⇒<https://www.wam.go.jp/>

- ・ トップページ → 都道府県からのお知らせ → 山梨県からのお知らせ
（トップページ左側ナビゲーション「特設サイト」内）

③厚生労働省ホームページ⇒<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html>

訪問看護

介護予防訪問看護

令和5年度介護サービス事業者集団指導



1

本日の内容

- 1 根拠法令、一般原則等について**
- 2 人員基準について
- 3 運営基準について
- 4 介護報酬算定に関する基準について
- 5 その他事項について

2

業務の根拠法令等

介護保険法

基準省令

平成11年3月31日
厚生省令第37号

解釈通知

平成11年7月29日
老企第25号

県基準条例

「山梨県指定居宅サービス等の事業に関する基準等を定める条例」

平成24年12月27日公布
平成25年4月1日施行

「山梨県指定介護予防サービス等の事業に関する基準等を定める条例」

平成24年12月27日公布
平成25年4月1日施行

以下、県基準条例という

3

訪問看護の一般原則 【県基準条例第3条】

- 利用者の意志及び人格を尊重
- 常に利用者の立場に立ったサービスの提供
- 事業を運営するに当たっては、地域の結びつきを重視し、市町村、他の居宅サービス事業所等との連携に努める
- 人権擁護、虐待防止等のため必要な体制整備・従業者に対する研修等の措置を講じる
- 介護保険関連情報その他の必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努める

訪問看護の基本方針 【県基準条例第63条】

- 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

4

本日の内容

- 1 根拠法令、一般原則等について
- 2 **人員基準について**
- 3 運営基準について
- 4 介護報酬算定に関する基準について
- 5 その他事項について

5

人員基準

【県基準条例第64条】

	指定訪問看護事業所	病院又は診療所
看護職員	保健師・看護師又は准看護師が常勤換算法で 2.5以上 （このうち 1名は常勤 ）	適当数
理学療法士 作業療法士 又は言語聴覚士	事業所の実情に応じた適当数 （配置しないことも可能）	
解釈通知	人員基準は職員の支援体制等を考慮した上で 最小限の員数 として定められたものである。	
指定期巡回・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	指定期巡回・随時対応訪問介護看護事業又は指定複合型サービス事業者の指定を受ける上で必要とされる看護職員の員数（常勤換算法で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。	

6

人員基準

管理者の基準

【県基準条例第65条】

▶ 常勤専従

(ただし、管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる)

▶ 保健師又は看護師

(適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者)

管理者の責務

【県基準条例第55条準用】

- ▶ 従業者の管理及び利用の申込みに係る調整、**業務の実施状況の把握**、その他の管理を一元的に行う。
- ▶ 従業者に指定訪問看護の運営に関する基準を遵守するため、**必要な指揮命令**を行う。

運営指導

- ✓ 同一敷地の他事業所の管理者等を兼務しており、業務量が多く、従業員の業務の実施状況が把握できていない。

7

人員基準

常勤の考え方

【老企第25号】

勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいうもの（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）

- 「母子健康管理措置」又は「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」が講じられている場合
 - ▶ 30時間以上の勤務で常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たし、常勤換算法の1として取扱可
- 人員基準において常勤要件が設けられている場合、産前産後休業、育児休業、介護休業、育児休業に準ずる休業を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤従業員を常勤従業員の員数に換算することにより人員基準を満たすことも可。

8

勤務体制の確保等

【県基準条例第31条準用】

- 事業所ごとに看護師等の勤務の体制を定める
月毎の勤務表を作成する（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）
- 指定訪問看護事業所の看護師等によるサービスの提供
看護師等は「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。**雇用契約その他の契約により、当該事業所の管理者の指揮命令下にあること**
- 看護師等の資質向上のための機会の確保
研修への参加の機会を計画的に確保すること
- **職場におけるハラスメントの防止** **R4より義務化**

運営指導

- ✓ 勤務表が月ごとに作成されていない。
- ✓ 看護職員の人員が2.5が満たされていない月がある。
- ✓ 勤務表は作成しているが、看護師等について管理者や同一敷地の他事業所との兼務状況が不明確。
- ✓ 常勤換算法の計算を行う際に、管理者の時間も算入している。

9

本日の内容

- 1 根拠法令、一般原則等について
- 2 人員基準について
- 3 **運営基準について**
- 4 介護報酬算定に関する基準について
- 5 その他事項について

10

基本取扱方針 及び 具体的取扱方針

指定訪問看護の基本取扱方針

【県基準条例第70条】

- 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう療養上の **目標を設定** し、計画的に行われなければならない。
- 自ら提供する指定訪問看護の **質の評価**（目標達成の度合いやその効果等）を行い、常にその改善（訪問看護計画の修正）を図らなければならない。

指定訪問看護の具体的取扱方針

【県基準条例第71条】

- 主治医との密接な連携及び **訪問看護計画書に基づき** 利用者の心身機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。
- 利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項（利用者の健康状態と経過、看護目標や内容、具体的な方法その他）について理解しやすいように指導又は **説明を行う**。
- 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、適切な指導を行う。

11

基本取扱方針 及び 具体的取扱方針

介護予防訪問看護の基本取扱方針

【県基準条例(予防)第75条】

- 利用者の介護予防に資するよう、その **目標を設定** し、計画的に行われなければならない。
- 自ら提供する指定訪問看護の **質の評価**（目標達成の度合いやその家族の満足度等）を行い、常にその改善を図らなければならない。
- 利用者ができる限り要介護状態とならないで **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するものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければならない。
- 利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければならない。
- 利用者との意思疎通を十分に図ること、その他の様々な方法により、利用者がその有する能力を最大限に活用することができるよう適切な働きかけに努めなければならない。

12

基本取扱方針 及び 具体的取扱方針

介護予防訪問看護の具体的取扱方針

【県基準条例第76条】

- 看護師等は、介護予防訪問看護計画書に基づくサービス提供の開始時から、当該介護予防訪問看護計画書に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、**少なくとも1回は実施状況の把握（モニタリング）**を行うものとする。
- 看護師等は、モニタリングの結果も踏まえつつ、訪問日、提供した看護内容等を記載した介護予防訪問看護報告書を作成し、当該報告書の内容について、指定介護予防支援事業者に報告するとともに、当該報告書を、主治の医師に定期的に提出しなければならない。

運営指導

- ✓ 介護予防訪問看護の提供にあたって、モニタリングを行っていなかった。
- ✓ 介護予防支援事業者へのモニタリング結果の報告を行っていなかった。

13

居宅サービス計画との関係

居宅サービス計画に沿ったサービス提供

【県基準条例第16条（準用）】

- 居宅サービス計画が作成されている場合は、**当該計画に沿った指定訪問看護を提供**しなければならない。

居宅サービス計画等の変更の援助

【県基準条例第17条（準用）】

- 利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る**居宅介護支援事業所への連絡、その他の必要な援助**を行わなければならない。

運営指導

- ✓ 居宅サービス計画に位置付けられた時間を変更又は回数を追加しサービスを提供したが、介護支援専門員に連絡をしていなかった。

14

主治の医師との関係

- 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。

電子的な方法によって提出する場合

【介護保険最新情報Vol.629】

- 安全な通信環境を確保
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」の遵守
- 厚生労働省の定める準拠性監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
- 電子署名がなされていないメールやSNSを利用した提出は不可

15

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

項目	内容
訪問看護計画書の作成者	看護師（准看護師を除く）
訪問看護計画書の作成の基となるアセスメント	利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえ、既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画内容に沿って作成する。訪問看護計画書が作成された後に、居宅サービス計画が作成された場合は、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。
訪問看護計画書の内容	療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等 ※「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」を参照（平成12年3月 老企第55号 最終改正令和3年3月16日別紙様式1）*介護予防の取扱いも同様

16

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

項目	内容
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等（PT等）による訪問看護	<p>① その訪問が看護業務の一環としてリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるものであることを説明し、同意を得る。 (口頭による同意の場合、記録等を残す。介護保険最新情報Vol.629)</p> <p>② 看護職員（准看護師を除く）とPT等が連携し作成すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護計画書にはPT等が提供するものを含め訪問看護の内容を一体的に記載 ・訪問看護報告書には、PT等が提供した指定訪問看護の内容とその結果等を記載した文書を添付
訪問看護計画書の同意・交付	<p>看護師等（准看護師を除く）は、作成に当たって、その主要な事項について説明した上で、利用者の同意を得なければならない。 また利用者に交付しなければならない。</p>
訪問看護報告書の作成と提出	<p>看護師等（准看護師を除く）は、訪問日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載し、定期的に主治医に提出しなければならない。</p> <p>※「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」を参照（平成12年3月16日 老企第55号 最終改正令和3年3月別紙様式2）*介護予防の取扱いも同様</p>

17

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

【H12年3月老第55号】最終改正R3年3月16日

理学療法士等が訪問した場合の訪問看護報告書の添付様式

別紙様式2-1(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の詳細	
利用者氏名	必要な項目を入力
日常生活自立度	〃
認知症高齢者の日常生活自立度	〃
理学療法士等が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容	具体的に記入
評価	各項目について、主治医に報告する直近の利用者の状況について記入
活動	
参加	
看護職員との連携状況、看護の視点からの利用者の評価	
特記すべき事項	上記以外主治医に報告する必要がある事項を記入
作成者	氏名を記入し、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち該当する職種について○をつける

18

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

運営指導

項目	内容
計画・目標・評価について	<ul style="list-style-type: none">✓ 療養上の目標設定がない✓ 評価（見直し）が行われていない（とても多い指摘事項）✓ 計画期間に関わらず一律に半年ごと評価をしていた✓ 訪問看護計画の変更について計画書を変更していなかった
説明・同意・記録について	<ul style="list-style-type: none">✓ 利用者・家族に説明・交付した事実についての記録がなかった✓ 准看護師が計画書の説明・同意及び交付を行っていた✓ 利用者の同意と交付した事実が客観的にわからなかった✓ 訪問看護報告書の訪問日とサービス提供記録の訪問日に相違が見られた✓ 訪問看護計画書をサービス提供後に交付していた
計画書等の内容の相違	<ul style="list-style-type: none">✓ 主治医の指示書内容と計画書の内容に相違が見られた✓ 訪問看護計画書の計画期間を指示書の期間を越えて設定していた✓ 最新の主治医指示書ではなく古い主治医指示書の内容に基づいた計画のままサービスを提供していた

19

受給資格等の確認

【県基準条例第11条（準用）】

- 指定訪問看護の提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認するものとする。
- 被保険者証に介護認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定訪問看護を提供するよう努めなければならない。

運営指導

- ✓ 居宅サービス計画書に記載してある介護度を確認したのみで、利用者の被保険者証による受給資格の確認を行っていなかった。
- ✓ 受給資格の確認を介護支援専門員への口頭確認だけで済ませていた。

20

- 利用申込者又はその家族に対し、下記の①～⑤などのサービスの選択に必要な重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービスの開始について、利用申込者の同意を得なければならない。

重要事項説明書に記載すべき事項

- ①運営規程の概要
- ②看護師等の勤務の体制
- ③事故発生時の対応
- ④苦情処理の体制
- ⑤提供するサービスの第三者評価の実施状況

21

運営規程

【県基準条例第76条】

- 事業所ごとに、事業の運営についての重要事項に関する規程を定めなければならない。

運営規程に定めるべき事項

①事業の目的、運営の方針	⑤通常の事業の実施地域
②従業者の職種、員数、職務の内容	⑥緊急時等の対応方法
③営業日、営業時間	⑦虐待防止のための措置に関する事項
④指定訪問看護の内容、利用料その他の費用の額	⑧その他の運営に関する重要事項

運営指導

- ✓ 運営規程と重要事項説明書の内容に齟齬がみられた。
- ✓ 重要事項説明書に記載されていた内容が誤っていた。（利用料、実施地域等）
- ✓ 運営規程に利用料その他の費用の額を定めずに、その他の費用を徴収していた。
- ✓ 重要事項説明書に記載すべき内容が記載されていなかった。

R 6.4.1より
義務化

22

業務継続計画の策定等

- 感染症や災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、それに従い必要な措置を講じなければならない。
- 従業者に対し、業務継続計画を周知し、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。
- 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行う。

実施すべき事項

- | |
|--------------|
| ① 業務継続計画の策定 |
| ② 業務継続計画の周知 |
| ③ 研修・訓練 |
| ④ 業務継続計画の見直し |

R 6.4.1より
義務化

23

衛生管理等

- 感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

実施すべき事項

- | |
|------------------------------|
| ①対策を検討する委員会の開催（おおむね6カ月に1回以上） |
| ②事業所における感染症予防及びまん延防止のための指針整備 |
| ③感染症予防及びまん延防止のための研修及び訓練の定期実施 |

R 6.4.1より
義務化

24

虐待の防止

- 虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

実施すべき事項

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（虐待防止検討委員会）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ること。
※テレビ電話装置等を活用して行うことも可
- ② 虐待の防止のための指針を整備すること。
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に開催すること。
- ④ ①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

R6.4.1より
義務化

25

秘密保持等

【県基準条例第34条（準用）】

- 指定訪問看護事業所の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 指定訪問看護事業所の従業者であった者が、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。
- サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得なければならない。

運営指導

- ✓ 利用者の家族の同意を得ていなかった。
- ✓ 従業員との秘密保持の取り決めをしていなかった。

26

- 指定訪問看護事業者は従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しなければならない。
- 利用者に対する指定訪問看護の提供に関する記録を整備し、その完結の日から**2年間保存**しなければならない。
「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了により一連のサービス提供が終了した日を指す

運営指導

- ✓ 誰が訪問したかの記載がなかった。
- ✓ 訪問看護報告書が保存されていなかった。
- ✓ 交付された居宅サービス計画が保管されていなかった。

27

本日の内容

- 1 根拠法令、一般原則等について
- 2 人員基準について
- 3 運営基準について
- 4 **介護報酬算定に関する基準について**
- 5 その他事項について

28

訪問看護費の一般原則

- 「**通院が困難な利用者**」に対して、給付する。
理学療法士等による訪問看護については、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に算定できる
- 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が算定できる。

※ 「通院が困難な利用者」の趣旨

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。

29

基本単位（訪問看護費）

イ 指定訪問看護ステーションの場合

(1) 20分未満	313 単位
(2) 30分未満	470 単位
(3) 30分以上1時間未満	821 単位
(4) 1時間以上1時間30分未満	1,125 単位
(5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合	293 単位

※1日3回以上の場合は
90/100

ロ 病院又は診療所の場合

(1) 20分未満	265 単位
(2) 30分未満	398 単位
(3) 30分以上1時間未満	573 単位
(4) 1時間以上1時間30分未満	842 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（1月につき）

2,954 単位

30

基本単位（介護予防訪問看護費）

イ 指定訪問看護ステーションの場合

(1) 20分未満	302 単位
(2) 30分未満	450 単位
(3) 30分以上1時間未満	792 単位
(4) 1時間以上1時間30分未満	1,087 単位
(5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合	283 単位

※1日3回以上の場合は
50/100
利用開始日の属する月から
12月超の利用者に行った場
合は、1回につき5単位減算

ロ 病院又は診療所の場合

(1) 20分未満	255 単位
(2) 30分未満	381 単位
(3) 30分以上1時間未満	552 単位
(4) 1時間以上1時間30分未満	812 単位

31

計画に基づいた訪問看護の提供

【厚生省告示第19号
改正文 厚生労働省告示第78号】

- 現に要した時間ではなく、**訪問看護計画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、准看護師が訪問看護を行った場合は、所定単位数の90/100に相当する単位数を算定する。

32

指示書の有効期間に基づいた算定

【老企第36号 第2の4(2)】

- 訪問看護費は、主治の医師の判断に基づいて交付された**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。（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）

<参考> 訪問看護指示料

訪問看護指示料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。以下この項において「主治医」という。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式16を参考に作成した訪問看護指示書に**有効期間（6月以内に限る。）**を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。

【診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について H26.3.5 保医発0305第3号】

33

訪問看護費の所要時間の算定

【老企第36号 第2の4(3)】

20分未満の訪問看護費の算定

- 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として緊急時訪問看護加算の届け出をしている場合であって、居宅サービス計画又は訪問看護計画において、**20分以上の保健師又は看護師による訪問看護が週1回以上**含まれている設定とされている場合に算定可能。
 - ✓ **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。
 - ✓ **気管内吸引、導尿や経管栄養等の医療処置の実施等を想定**している。なお、**単に状態確認や健康管理等のサービス提供の場合は算定できない**。また、高齢者向けの集合住宅等において、単に事業所の効率の向上のみを理由として、利用者の状態等を踏まえずに本来20分以上の区分で提供すべき内容の訪問看護を複数回に分け提供するといった取扱いは適切ではない。（Q&Aより）

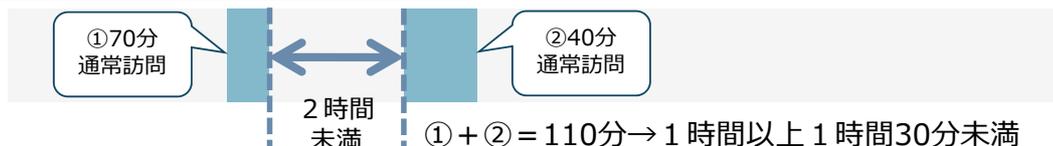
34

2時間未満の訪問看護費の合算

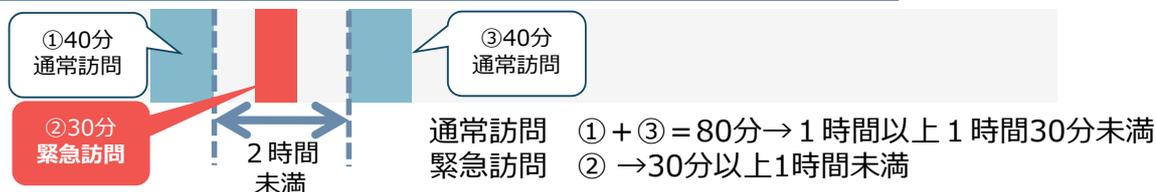
- 前回提供した訪問看護からおおむね2時間未満の間隔で訪問看護を行う場合は、それぞれの**所要時間を合算**する。
 - ✓ 20分未満の訪問看護費を算定する場合及び利用者の状態の変化等により緊急の訪問看護を行う場合を除く。

例1 通常訪問の所要時間の合算

介護保険最新情報Vol.267



例2 通常訪問の所要時間は合算し、緊急訪問は合算しない

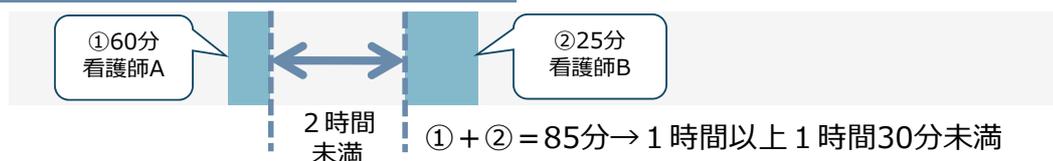


35

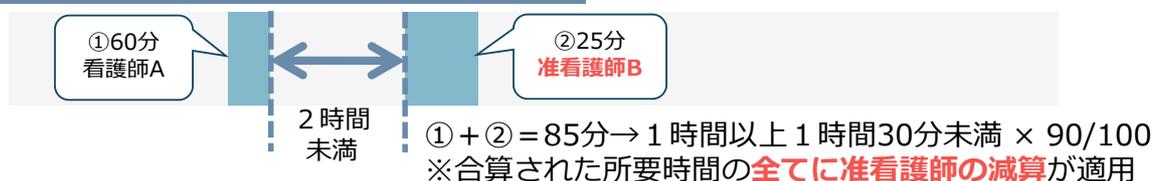
訪問看護の複数回の提供

- 1人の看護職員（保健師、看護師又は准看護師をいう、以下同じ。）が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を提供した場合は、**所要時間を合算**する。
 - ✓ 合算した場合に准看護師による訪問看護が含まれる場合には、准看護師による(介護予防)訪問看護費を算定する

例1 2名の看護師による訪問の合算



例2 看護師と准看護師による訪問の合算



36

違う職種による訪問看護の提供

- 1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を行った後に、続いて他の職種の看護職員等又は理学療法士、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、**職種ごとに算定**できる。

例1 各所要時間を職種ごと算定

①40分
看護師

②25分
理学療法士

- ①40分（看護師）→30分以上1時間未満を算定
- ②25分（理学療法士）→理学療法士等の場合を算定

※連続して訪問看護を提供する必要性については、適切なアセスメントに基づき判断が必要

37

適切なケアマネジメントによる訪問看護の提供

- 1人の利用者に対して連続して訪問看護を提供する必要性については、適切なケアマネジメントに基づき判断する。

運営指導

- ✓ サービス提供記録の記載漏れがあり、実際にサービス提供しているのかどうか分からない事例が見受けられた。（算定根拠書類がない）
- ✓ 利用者の死亡後、死後の処置等を実施していることをもって訪問看護費を算定していた。
- ✓ 利用者の必要時間ではなく、事業所の予定でサービス提供時間を変更していた。

38

理学療法士等の訪問について

位置づけ

- 看護職員の代わりに訪問させるという位置付け。

算定

- 1回当たり20分以上の訪問看護を実施すること。
- 1人の利用者につき週に6回を限度として算定すること。
- 1日2回を超えて（3回以上）行う場合には減算

指定訪問看護	90/100
介護予防訪問看護	50/100

PT等が連続して3回以上訪問看護を行った場合だけでなく、例えば午前中に2回、午後1回行った場合も同様。

（例）1日の指定訪問看護が3回である場合
1回単位数×（90/100）×3回

39

理学療法士等の訪問について

看護職員との連携

- 適切に訪問看護事業所の看護職員及び理学療法士等間で利用者の状況、実施した内容を共有する。「計画書」及び「報告書」は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成すること。
計画書：PT等が実施した内容も一体的記載
報告書：PT等が提供した訪問看護の内容とその結果等を記載した文書を添付
- 複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、計画書及び報告書の作成にあたっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成すること。
- 計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、**定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価**を行うこと。

※訪問看護サービスの利用開始時とは、利用者が過去2月間（暦月）において当該訪問看護事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む。）の提供を受けていない場合であって、新たに計画書を作成する場合をいう。また、利用者の状態の変化等に合わせた定期的な訪問とは、主治医からの訪問看護指示書の内容が変化する場合や利用者の心身状態や家族等の環境の変化等の際に訪問することをいう

40

理学療法士等の訪問について

Q&A

【介護保険最新情報Vol.952】

問12 訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）が連携し作成することが示されたが、具体的にはどのように作成すればよいのか。

（答）訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問看護を行っている利用者の訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、当該訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が利用者等の情報を共有した上で、「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）に示す様式に準じて提供したサービス等の内容を含めて作成することとしており、これにより適切な訪問看護サービスが行われるよう連携を推進する必要がある。なお、看護職員と理学療法士等との連携の具体的な方法については、「訪問看護事業所における看護職員と理学療法士等のより良い連携のための手引き（第2版）」（平成29年度厚生労働健康増進等事業訪問看護事業における看護職員と理学療法士等のより良い連携のあり方に関する調査研究事業〈全国訪問看護事業協会〉においても示されており、必要に応じて参考にしていきたい。

41

居宅サービス計画上位置づけられた職種以外のものが訪問した場合の取扱

計画上の訪問員	実際の訪問員	算定
准看護師	保健師等	所定単位数の90/100
保健師等	准看護師	所定単位数の90/100
准看護師	理学療法士等	所定単位数 理学療法士等
理学療法士等	准看護師	所定単位数 理学療法士等

※保健師等：保健師又は看護師

※理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

42

退院当日の訪問看護

- 医療機関、介護老人保健施設、介護療養型医療施設又は介護医療院を退院・退所した日について、厚生労働大臣が定める基準にある利用者に加え、主治医が必要と認めた利用者には訪問看護費を算定できることとする。（短期入所療養介護サービス終了日（退所・退院日）も同様の取扱い）

対象者

- **厚生労働大臣が定める状態の利用者（特別管理加算の対象者）**

- イ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態または気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ 以下のいずれかを受けている状態にある者

在宅自己腹膜灌流指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅血液透析指導管理	在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己疼痛管理指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅自己導尿指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態（在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者）

- **主治医が必要と認めた利用者**

43

医療保険の対象となる疾病等

- **末期の悪性腫瘍**
(末期であるかどうかの判断は主治医の指示により行い、末期の悪性腫瘍として診断を受けた時から医療保険で算定する)
- **厚生労働大臣が定める疾病等(次のとおり)**

1	多発性硬化症	9	多系統萎縮症 ・線条体黒質変性症 ・オリブ橋小脳萎縮症 ・シャイ・ドレーガー症候群
2	重症筋無力症		
3	スモン	10	プリオン病
4	筋萎縮性側索硬化症	11	亜急性硬化症全脳炎
5	脊髄小脳変性症	12	ライソゾーム病
6	ハンチントン病	13	副腎皮質ジストロフィー
7	進行性筋ジストロフィー症	14	脊髄性筋萎縮症
8	パーキンソン関連疾患 ・進行性核上性麻痺 ・大脳皮質基底核変性症 ・パーキンソン病※ ※ホーエン・ヤールの重症度分類が3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る	15	球脊髄性筋萎縮症
		16	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
		17	後天性免疫不全症候群
		18	頸髄損傷
		19	人工呼吸器をしている状態

- **精神科訪問看護の利用者**
- **特別訪問看護指示書（14日間を限度とする）の期間**

44

介護保険の訪問看護費の算定

算定できる場合

次のサービスを利用中の者で条件を満たす

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（以下、定期巡回事業所）が、適切に訪問介護看護を利用者に提供する体制を構築しており、他の訪問看護事業所等との密接な連携を図ることにより、定期巡回事業所の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の処遇に支障がないときは、市町村長が地域の実情を勘案し、適切と認める範囲内において、他の訪問看護事業所等との契約により実施できる
- 訪問介護
同一時間帯に介護のために必要な場合は「訪問介護と訪問看護」他、それぞれ算定可能（同一時間帯にひとつの訪問サービスの利用が原則）

その他

- 施設入所日・入院当日
- 退院・退所日当日
特別管理加算対象者または**主治の医師が必要と認めた者**が介護老人保健施設及び介護療養型医療施設を退所・退院した日、短期入所療養介護のサービス終了日

45

介護保険の訪問看護費の算定

算定できない場合

次のサービスを利用中の者

- 短期入所生活介護
- 短期入所療養介護
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（法第8条第15項第1号に該当するものに限る。）
- 看護小規模多機能型居宅介護
- 特定施設入居者生活介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

その他

- 施設に入所・入院している人の外泊・試行的退所時
- 同一時間帯に他の通所サービスを算定している場合
- 同一時間帯に他の訪問サービスを利用している場合
※同一時間帯にひとつの訪問サービスの利用が原則であるが、同一時間帯に介護が必要な場合は「訪問介護と訪問看護」他、それぞれ算定可能

46

加算・減算 の一覧

- ① 早朝・夜間・深夜
- ② 複数名訪問加算
- ③ 長時間訪問看護加算
- ④ 同一建物等居住者にサービス提供する場合の減算
- ✓ ⑤ 特別地域加算
- ✓ ⑥ 中山間地域等における小規模事業所加算
- ⑦ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
- ✓ ⑧ 緊急時訪問看護加算
- ✓ ⑨ 特別管理加算
- ✓ ⑩ ターミナルケア加算（訪問看護のみ）
- ⑪ 初回加算
- ⑫ 退院時共同指導加算
- ⑬ 看護・介護職員連携強化加算（訪問看護のみ）
- ✓ ⑭ 看護体制強化加算
- ✓ ⑮ サービス提供体制強化加算

47

①早朝・夜間・深夜加算

要件

- 居宅サービス計画又は訪問看護計画上、サービス開始時刻が加算対象時間帯にある場合に当該加算を算定する。

早朝	6:00 ~ 8:00	所定単位数の25%加算
夜間	18:00 ~ 22:00	所定単位数の25%加算
深夜	22:00 ~ 6:00	所定単位数の50%加算

留意点

- 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。

48

②複数名訪問看護加算

要件

- 対象者に対して、同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して訪問看護を行ったとき、1回につきそれぞれの単位数を加算。

複数名訪問看護加算（Ⅰ）	30分未満	254単位
2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合	30分以上	402単位
複数名訪問看護加算（Ⅱ）	30分未満	201単位
看護師等が看護補助者と同時に訪問看護を行う場合	30分以上	317単位

対象者

- 利用者又はその家族等の同意を得ている場合で、次のいずれかに該当
 - イ. 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合
 - ロ・暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
 - ハ. その他利用者の状況から判断してイ又はロに準ずると認められる場合

49

②複数名訪問看護加算

留意点

- 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。
- 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、訪問看護事業所に雇用されている必要がある。

Q&A

【介護保険最新情報Vol.629】

問16 複数名訪問加算（Ⅱ）の看護補助者については、留意事項通知において「資格は問わないが、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」と明記されているが、従事者の変更のたびに届けを行う必要があるのか。

（答）複数名訪問加算（Ⅱ）の看護補助者については、看護師等の指導の下に、看護業務の補助を行う者としており、例えば事務職員等であっても差し支えない。また、当該看護補助者については、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ものであるが、秘密保持や安全等の観点から、事業所において必要な研修等を行うことが重要である。

50

③長時間訪問看護加算

要件

- 厚生労働大臣が定める状態にあるもの（下記対象者）に対して、所要時間1時間以上1時間30分未満の訪問看護を行った後に引き続き指定訪問看護を行う場合であって、当該指定訪問看護の所要時間を通算した時間が1時間30分以上となるときに算定。

1時間30分以上

1回につき300単位
※看護師・准看護師ともに同じ単位を算定。

対象者

- 次のいずれかに該当する状態（**特別管理加算の対象者**）
 - イ. 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）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。）に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
 - ロ. 医科診療点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
 - ハ. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
 - ニ. 真皮を越える褥瘡の状態
 - ホ. 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

51

③長時間訪問看護加算

運営指導

- ✓ 当該加算を算定することとなっている（計画に位置づけている）利用者について算定していなかった。

<参考> 加算対象者以外の利用者からの費用徴収

長時間訪問看護加算の対象以外の利用者にも、1時間30分以上の訪問看護を行った場合でも、その他の費用としてあらかじめ運営規程に定めてあり、重要事項として説明し同意を得ている場合、徴収することは可能。

52

⑤ 特別地域加算



支給限度額管理の対象外

要件

- 厚生労働大臣が定める地域（別添資料）に所在する事業所又はその一部として使用される事務所（サテライト事業所）の看護師等が訪問看護を行った場合。

1回につき15%加算

留意点

- 所定単位数には緊急時訪問加算、特別管理加算、ターミナルケア加算を含まない

55

⑥ 中山間地域等における小規模事業所加算



支給限度額管理の対象外

要件

- 厚生労働大臣が定める地域（別添資料）に事業所が存在し、かつ厚生労働大臣が定める施設基準※に適合する指定訪問看護事業所又はその一部として使用される事務所の看護師等が訪問看護を行った場合

1回につき10%加算

施設基準

- 訪問看護事業所：月平均延訪問回数が100回以下
 - 介護予防訪問看護事業所：月平均延訪問回数5回以下場合
- ※平均延訪問回数は、**毎月確認し記録**のこと（様式はHP掲載）

56

⑦ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

支給限度額管理の対象外

要件

- 厚生労働大臣が定める地域（別添資料）に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った場合

1回につき5%加算

留意点

- 利用者から交通費を徴収できない。
- 利用者居住地が事業所の通常の事業の実施地域外かつ中山間地域に該当しているか**毎年確認**すること。（報酬算定の対象となる地域は毎年確認）

運営指導

- ✓ 中山間地域のサービス提供加算の対象となる利用者に当該加算を算定していなかった。

57

⑧ 緊急時訪問看護加算



要届出

支給限度額管理の対象外

要件

訪問看護ステーション 1月につき574単位

- 厚生労働大臣が定める基準に適合す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、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。

病院又は診療所 1月につき315単位

- 指定訪問看護を担当する医療機関が、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。

58

⑧ 緊急時訪問看護加算



支給限度額管理の対象外

留意点

- 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必要に応じて行った場合には、訪問の所要時間に応じた所定単位数を算定する。その際には、**居宅サービス計画の変更が必要**。
- 緊急時訪問を行った場合、早朝・夜間・深夜加算は算定できない。しかし、1月以内の**2回目以降**の緊急時訪問は、早朝・夜間・深夜加算の算定ができる。
- 1人の利用者に対して**1か所の事業所に限り算定**ができる。他事業所から訪問看護を受けている利用者は、すでに加算を算定していないか確認すること。
- 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時間対応体制加算は算定できない。
- 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費に加算する。

59

⑨ 特別管理加算



支給限度額管理の対象外

要件

- 指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して、指定訪問看護事業所が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合。

特別管理加算（Ⅰ）

- イ. 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）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。）に掲げる在宅**悪性腫瘍患者**指導管理若しくは在宅**気管切開患者**指導管理を受けている状態又は**気管力ニューレ**若しくは**留置カテーテル**を使用している状態
- 1月につき
500単位

特別管理加算（Ⅱ）

- ロ. 医科診療点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
 - ハ. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
 - ニ. 真皮を越える褥瘡の状態
 - ホ. 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
- 1月につき
250単位

60

⑨特別管理加算



要届出

支給限度額管理の対象外

特別管理加算（Ⅰ）補足

- **ドレーンチューブを使用している利用者について**
経皮経肝胆管ドレナージチューブなど留置されているドレーンチューブについては、留置カテーテルと同様に**計画的な管理**を行っている場合は算定できる。ただし、処置等のため短時間、一時的に挿入されたドレーンチューブについては算定できない。
- **留置カテーテルについて**
留置カテーテルからの排液の性状、量などの観察、薬剤の注入、水分バランスの計測等**計画的な管理**を行っている場合は算定できるが、**単に留置カテーテルが挿入されているだけでは算定できない**。また、輸液用のポート等が挿入されている場合であっても、訪問看護において一度もポートを用いた薬剤の注入を行っていない場合は、計画的な管理が十分に行われていないため算定できない。

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービスの特別管理加算についても同様の取扱い

61

⑨特別管理加算



要届出

支給限度額管理の対象外

特別管理加算（Ⅱ）補足

- **真皮を越える褥瘡の状態について**
「真皮を越える褥瘡の状態」とは、**NPUP分類Ⅲ度若しくはⅣ度又はDESIGN分類D3、D4若しくはD5に該当する状態**。「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、褥瘡の発症部位、及び実施したケア（利用者の家族等に行う指導を含む）について、訪問看護記録書に記録**すること。
特に様式の指定はなし

運営指導

- ✓ 「真皮を越える褥瘡の状態にある利用者」について、褥瘡の状態観察、アセスメント、評価等必要な項目に関する記録をしていなかった。

62

⑨特別管理加算



要届出

支給限度額管理の対象外

留意点

- 特別管理加算は1人の利用者に対し、**1カ所の事業所に限り算定**できる。なお、2カ所以上の事業所から訪問看護を利用する場合には、その分配は事業所相互の合議に委ねられる。
- 医療保険において算定する場合は、当該加算は算定できない。
- 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。
- 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。

63

⑩ターミナルケア加算



要届出

支給限度額管理の対象外

要件

- 在宅で死亡した利用者に対して、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た事業所が、その**死亡日及び死亡日前14日以内に2日**（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（注1：末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る）に対して訪問看護を行っている場合にあっては一日）以上ターミナルケアを行った場合。（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

死亡月2000単位

厚生労働大臣が定める基準

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

64

⑩ターミナルケア加算



要届出

支給限度額管理の対象外

対象者

- 末期の悪性腫瘍

- 厚生労働大臣が定める状態（次のいずれかに該当する状態）
 - イ. 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態
 - ロ. 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

65

⑩ターミナルケア加算



要届出

支給限度額管理の対象外

留意点

- 利用者の死亡月に加算するが、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は、**死亡月に算定**する。
- 1人の利用者に対し、**1か所の事業所に限り算定**。
- 当該加算を介護保険で請求した場合、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は算定できない。
- 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訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、**最後に実施した保険制度において算定**する。この場合において他制度の保険による算定はできない。

66

⑩ターミナルケア加算



要届出

支給限度額管理の対象外

留意点

- 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する。

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

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

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、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

なお、ウについては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

運営指導

- ✓ ア～ウに関する記録がされていない。または、その経過が読み取れる記録の記載がなく、ターミナル期における看護を実施したかどうか確認できない。

67

⑩ターミナルケア加算



要届出

支給限度額管理の対象外

留意点

- 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。
- 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。

68

⑪ 初回加算

要件

- 指定訪問看護事業所において、新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、初回指定訪問看護を行った月に所定単位数を加算。
- 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（医療保険を含む）の提供を受けていない場合で、新たに訪問看護計画書を作成した場合

1月につき300単位

補足

- 1つの訪問看護事業所の利用者が、新たに別の訪問看護事業所の利用を開始した場合、別の訪問看護事業所において初回加算の算定は可能。
- 同一月に、2カ所の訪問看護事業所を新たに利用する場合、それぞれの事業所で初回加算を算定することが可能。
- 要支援（介護予防訪問看護）から要介護（訪問看護）に変更（区分変更・更新等により）した場合も算定可能。

69

⑫ 退院時共同指導加算

要件

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

退院又は退所につき1回に限り600単位
（特別な管理を必要とする利用者については2回）

- 退院時共同指導とは、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、**その内容を文書により提供**することをいう。

70

⑫退院時共同指導加算

留意点

- 退院時共同指導を実施した2ヶ月後に退院後初回の訪問看護を行った場合は、当該加算を算定できない。
- 「初回加算」を算定する場合は、当該加算は算定できない。
- 当該加算は**1カ所の訪問看護事業所のみ**で算定できる。ただし、特別管理加算を算定している状態の利用者については、2カ所の訪問看護事業所がそれぞれ別の日に退院時共同指導を行った場合は、2カ所の訪問看護ステーションでそれぞれ1回ずつ当該加算を算定することも可能。
- 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。
- 退院時共同指導は当該者又はその看護に当たる者の同意を得た上で、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。

運営指導

- ✓ 初回加算と退院時共同指導加算を同月に算定していた。
- ✓ 関係者と共同で文書により指導した書類や記録が確認できなかった。
- ✓ 准看護師が退院時共同指導を行っていた。

71

⑫退院時共同指導加算

補足

- **利用者が1ヶ月に入退院を繰り返した場合の算定**
当該加算は、退院・退所1回につき、1回に限り算定できるとされているが、利用者が1ヶ月に入退院を繰り返した場合、1月に複数回の算定ができる。ただし、次の例2のように退院時共同指導を2回行った場合でも、退院後1度も訪問看護を実施せず再入院した場合は、退院時共同指導加算は1回のみ算定となる。

例1 2回算定可能



例2 1回のみ算定可能



72

⑬ 看護・介護職員連携強化加算

要件

- 指定訪問看護事業所が社会福祉士及び介護福祉士法の登録を受けた指定訪問介護事業所と連携し、当該事業所の訪問介護員等が当該事業所の利用者に対し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第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に算定。

1月につき1回限り250単位

73

⑬ 看護・介護職員連携強化加算

解釈通知

- 訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護事業所の訪問介護員等に対し、**たんの吸引等の業務が円滑に行われるよう、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行うとともに当該訪問介護員等と同行し、利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合、又は利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合に算定。**なお、その内容を訪問看護記録書に記録すること。
- 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。
- 訪問看護が24時間行える体制を整えている事業所（緊急時訪問看護加算の届出有）で算定可能。
- 訪問介護員等と同行し、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。
- 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。訪問介護員等の基礎的な技術取得や研修目的で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。

74

⑬ 看護・介護職員連携強化加算

補足

- 所定の要件を満たしていても、当該加算は訪問看護費が算定されない月は算定できない。
- 利用者が月途中で医療保険の訪問看護対象となった場合は、介護保険の訪問看護の期間中に所定の要件を満たしていれば算定できる。
- 当該加算は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が同行訪問や会議に出席した場合は算定できない。
- 利用者の居宅を訪問し、介護職員のたんの吸引等の実施状況を確認した場合、当該時間に応じた訪問看護費は算定できる。手技の指導が必要な場合に指導目的で同行訪問を行った場合は、訪問看護費は算定できないため、この場合の費用の分配方法は訪問介護事業所との合議により決定。
- 当該加算を算定する場合、緊急時訪問看護加算の体制届を行う必要はあるが、必ずしも加算算定している必要はない。

75

⑭ 看護体制強化加算



要届出

要件

- 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を強化した場合に算定。

看護体制強化加算（Ⅰ）

- (1)算定日が属する月の前6月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。
- (2)算定日が属する月の前6月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であること。
- (3)算定日が属する月の前12月間において、ターミナルケア加算を算定した利用者が5名以上であること。
- (4)訪問看護の提供にあたる従事者の総数に占める**看護職員の割合が100分の60以上**であること（R5年度～）

1月につき
550単位

※指定訪問看護ステーション以外の事業所については(1)～(3)までを満たすこと

(4)について

令和5年3月時点で加算を算定している事業所で急な退職等で要件が満たされなくなった場合、指定権者に定期的に採用計画を提出することで採用がなされるまでの間は同要件の適応を猶予する。

R5年度
要件変更

76

⑭ 看護体制強化加算



要件

看護体制強化加算（Ⅱ）

- (1) 看護体制強化加算(Ⅰ)の(1)(2)(4)に掲げる基準のいずれにも適合すること。
- (2) 算定日が属する月の前12月間において、指定訪問看護事業所における**ターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上**であること。 1月につき
200単位
- ※ 指定訪問看護ステーション以外の事業所は看護体制強化加算(Ⅰ)の(1)(2)及び看護体制加算(Ⅱ)の(2)を満たすこと

看護体制強化加算（介護予防訪問看護の場合）

- (1) 看護体制強化加算(Ⅰ)の(1)(2)(4)に掲げる基準のいずれにも適合すること。 1月につき
100単位

77

⑭ 看護体制強化加算



解釈通知

【老企36号 第2の4(24)】

- ① 当該加算の算定に当たって、緊急時訪問看護加算又は特別管理加算の基準における利用者の割合については、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とし、指定訪問看護事業所における緊急時訪問看護加算又は特別管理加算を算定した実利用者数を当該訪問看護事業所における実利用者の総数で除して算出すること。
- ② ①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の利用や当該加算算定が2回以上の者であっても、「1」として数えること。そのため、利用者には、当該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。
- ③ 当該加算を算定するに当たっては、当該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。
- ④ 看護職員の占める割合の算出に当たっては、**常勤換算方法により算出した前月（暦月）の平均を用いる**。なお、**当該割合が100分の60から1割を超えて減少した場合、その翌月から看護体制強化加算を算定できないものとし、1割の範囲内で減少した場合（100分の54以上100分の60未満であった場合）には、その翌々月から当該加算を算定できないものとする**こと（ただし、翌月の末日において100分の60以上となる場合を除く。）。

78

⑭ 看護体制強化加算



解釈通知

【老企36号 第2の4 (24)】

- ⑤ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、医療機関との連携のもと、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。
- ⑥ 看護体制強化加算を算定するに当たっては、継続的に所定の基準を維持しなければならない。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ついては、直ちに届出を提出しなければならないこと。
- ⑦ 当該加算は、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**を選択し、届出を行うこと。

※加算が算定されなくなった事実が発生した日から加算の算定を行わない。【解釈通知第一の5より】

79

⑭ 看護体制強化加算



Q&A

【介護保険最新情報Vol.629】

問9 看護体制強化加算の要件として、「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。」ことが示されたが、具体的にはどのような取組が含まれるのか。

（答）当該要件の主旨は、看護体制強化加算の届出事業所においては、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みが期待されるものとして示されたものであり、例えば、訪問看護ステーション及び医療機関の訪問看護事業所間において相互の研修や実習等の受入、地域の医療・介護人材育成のための取組等、地域の実情に応じた積極的な取組が含まれるものである。

80

⑮ サービス提供体制加算



要件

- 厚生労働大臣が定める基準に適合していることを都道府県知事に届け出た事業所が、利用者に対し、訪問看護を行った場合に加算

- イ. 全ての看護師等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること
- ロ. 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項※の伝達又は看護師等の技術指導を目的とした会議を定期的（概ね月1回以上）に開催すること
※利用者のADL、意欲、主訴、サービス提供時の特段の要望、家族を含む環境、前回のサービス提供時の状況等
- ハ. 全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的実施すること

サービス提供体制加算（Ⅰ） 看護師等の総数のうち勤続年数7年以上の者が30%以上	1回につき 6単位
--	--------------

サービス提供体制加算（Ⅱ） 看護師等の総数のうち勤続年数3年以上の者が30%以上	1回につき 3単位
--	--------------

81

⑮ サービス提供体制加算



留意点

- 前項口の会議はテレビ電話装置等を活用して行うことができる。
- 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。
- 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

運営指導

- ✓ 研修計画に個別具体的な研修目標、内容、研修期間、実施時期等が定められていなかった。
- ✓ 会議に全ての従業員が参加していなかった。
- ✓ 会議の内容が十分でなかった。

82

本日の内容

- 1 根拠法令、一般原則等について
- 2 人員基準について
- 3 運営基準について
- 4 介護報酬算定に関する基準について
- 5 **その他事項について**

83

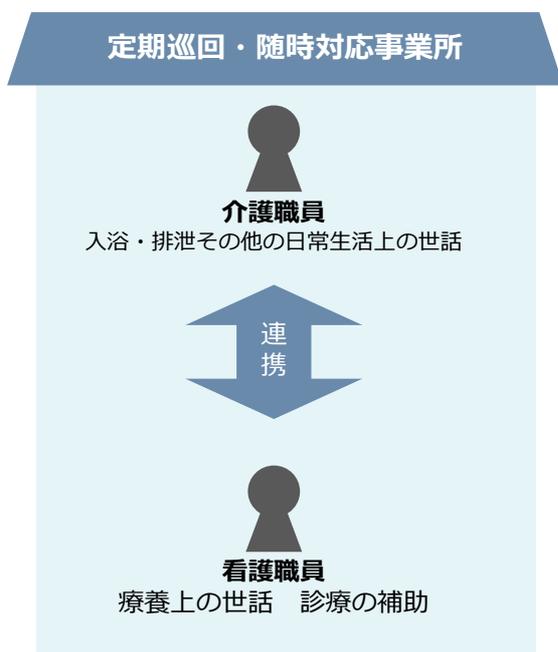
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携



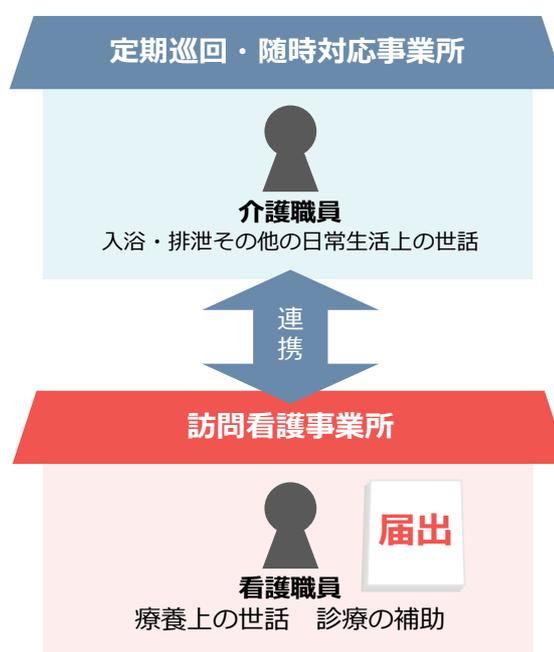
要届出

各類型のイメージ

○ 一体型



○ 連携型



84

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携



要届出

- 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出をしていることが必要。（別紙14により届出）

1月につき2954単位

准看護師の場合	×98/100
要介護5の者の場合	1月につき+800単位
医療保険の訪問看護を利用している場合 ※介護予防訪問看護はなし	1日につき-97単位

85

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携



要届出

加算に関する留意事項

- 以下の加算について、定期巡回・随時対応型訪問介護看護との連携を算定する場合は、1月ごとの算定となる。

特別地域加算	所定単位数に15%/月加算
中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数に10%/月加算
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数に5%/月加算

86



取扱い

- 以下の場合には日割り計算
 - 月の途中から利用した場合、及び月の途中で訪問看護の利用を終了した場合
 - 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
 - 月の途中で要介護5から他の要介護度に変更になった場合、及び他の要介護度から要介護5に変更になった場合
 - 月の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状態となった場合
- 利用を開始した日とは、利用契約を結んだ日ではなく 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した日をいう。（介護サービスのみ利用していた者が新たに訪問看護サービスを利用開始した場合は、訪問看護を利用した日をいう。）

通所介護事業所の看護職員配置基準の緩和

- 指定通所介護事業所の看護職員については、サービス提供時間を通じて専従する必要はないが、看護職員は指定通所介護事業所と密接かつ適切な連携を図るものとする。
- 病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定通所介護事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、サービス提供時間を通じて密接かつ適切な連携を図っている場合には、看護職員が確保されているものとする。

※「密接かつ適切な連携」とは契約先の病院、診療所又は訪問看護ステーションが指定通所介護事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制などを確保すること。

※利用者全員に対して適切に健康状態の確認を行えるよう、通所介護事業所と訪問看護ステーション等が契約を結ぶこととなる。

※訪問看護ステーションの員数は、常勤換算方法で2.5以上の基準を下回らないように注意。

最後に

- **集団指導に関するご質問**
 - ・ホームページ掲載の**質問票にてFAXまたはメール**でお願いします。
- **医療保険か、介護保険か**

疾患名等をよく確認する。
「特定疾病」「特定医療費対象疾患」「厚生労働大臣が定める疾患」は異なります。
- **医療保険との関連について**（診療報酬の問い合わせ）

関東信越厚生局山梨事務所：TEL 055-209-1001

3 訪問看護費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注			
		准看護師の場合	夜間又は早朝の場合、若しくは深夜の場合	複数名訪問加算(Ⅰ)	複数名訪問加算(Ⅱ)	1時間30分以上の訪問看護を行う場合	要介護5の者の場合	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	特別地域訪問看護加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	緊急時訪問看護加算(※)	特別管理加算	ターミナルケア加算	医療保険の訪問看護が必要であるとして主治医が発行する訪問看護指示の文書の訪問看護指示期間の日数につき減算(1日につき)	
イ 指定訪問看護ステーションの場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能	×90/100	夜間又は早朝の場合 +25/100 深夜の場合 +50/100	30分未満の場合 +254単位 30分以上の場合 +402単位	30分未満の場合 +201単位 30分以上の場合 +317単位	+300単位	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90/100	+15/100	+10/100	+5/100	1月につき +574単位	1月につき (Ⅰ)の場合 +500単位 又は (Ⅱ)の場合 +250単位	1月につき +315単位	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合 +2,000単位		
	(2) 30分未満															(313単位)
	(3) 30分以上1時間未満															(470単位)
	(4) 1時間以上1時間30分未満															(821単位)
	(5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 ※ 1日に2回を超えて実施する場合は90/100															(293単位)
ロ 病院又は診療所の場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能	×90/100	夜間又は早朝の場合 +25/100 深夜の場合 +50/100	30分未満の場合 +254単位 30分以上の場合 +402単位	30分未満の場合 +201単位 30分以上の場合 +317単位	+300単位	事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85/100	+15/100	+10/100	+5/100	1月につき +574単位	1月につき (Ⅰ)の場合 +500単位 又は (Ⅱ)の場合 +250単位	1月につき +315単位	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合 +2,000単位		
	(2) 30分未満															(265単位)
	(3) 30分以上1時間未満															(398単位)
	(4) 1時間以上1時間30分未満															(573単位)
ハ 定期巡回・随時対応訪問介護看護事業所と連携する場合 (1月につき 2,954単位)		准看護師による訪問が1回でもある場合 ×98/100					+800単位				1月につき 訪問看護ステーションの場合 +574単位 病院又は診療所の場合 +315単位				-97単位	
ニ 初回加算 (1月につき +300単位)																
ホ 退院時共同指導加算 (1回につき +600単位)																
ヘ 看護・介護職員連携強化加算 (1月につき +250単位)																
ト 看護体制強化加算 (イ及びロを算定する場合のみ算定)		(1) 看護体制強化加算(Ⅰ) (1月につき +550単位)														
		(2) 看護体制強化加算(Ⅱ) (1月につき +200単位)														
チ サービス提供体制強化加算	(1) イ及びロを算定する場合	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1回につき +8単位)														
		(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1回につき +2単位)														
	(2) ハを算定する場合	(一) サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1月につき +50単位)														
		(二) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1月につき +25単位)														

注：「特別地域訪問看護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「緊急時訪問看護加算」、「特別管理加算」、「ターミナルケア加算」及び「サービス提供体制強化加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度額管理の算定の限、当該事業所の単位数を算入

※ 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。
※ 令和3年9月30日までの間は、訪問看護費のイからハまでについて、所定単位数の千分の十に相当する単位数を算定する。

2 介護予防訪問看護費

基本部分	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
	看護部の場合	夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合	複数名訪問加算 (1)	複数名訪問加算 (2)	1時間30分以上の介護予防訪問看護を行う場合	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	特別地域介護予防訪問看護加算	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	緊急時介護予防訪問看護加算(5)	特別管理加算
イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能 (302単位)	×90/100									
	(2) 30分未満 (450単位)										
	(3) 30分以上1時間未満 (792単位)										
	(4) 1時間以上1時間30分未満 (1,087単位)										
	(5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 (1,087単位) ※ 1日に2回を超えて実施する場合は50/100										
ロ 病院又は診療所の場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能 (255単位)	×90/100									
	(2) 30分未満 (381単位)										
	(3) 30分以上1時間未満 (552単位)										
	(4) 1時間以上1時間30分未満 (812単位)										
ハ 初回加算 (1月につき +300単位)											
ニ 退院時共同指導加算 (1回につき +600単位)											
ホ 看護体制強化加算 (1月につき +100単位)											
ヘ サービス提供体制強化加算 (1) サービス提供体制強化加算(1) (1回につき +6単位) (2) サービス提供体制強化加算(2) (1回につき +3単位)											

「特別地域介護予防訪問看護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「緊急時介護予防訪問看護加算」、「特別管理加算」及び「サービス提供体制強化加算」は、支給限度管理の対象外の算定項目
 「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」は適用する場合は、支給限度管理額の算定の際、当該算定額の単位数を算入
 ※ 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。
 ※ 令和3年9月30日までの間は、介護予防訪問看護費のイ及びロについて、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。

〈総則〉

○基準及び解釈通知

人員・設備・運営		
	訪問看護（居宅サービス）	介護予防訪問看護（介護予防サービス）
基準 （関係省令）	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 （平成 11 年厚生省令第 37 号）	指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号）
基準 （条例）	山梨県指定居宅サービス等の事業に関する基準等を定める条例 （山梨県条例第 58 号）	山梨県指定介護予防サービス等の事業に関する基準等を定める条例 （山梨県条例第 58 号）
解釈通知	指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について （平成 11 年老企第 25 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）	
報酬		
基準	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 19 号）	
留意事項 通知	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について （平成 12 年老企第 36 号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）	指定介護予防サービスに要する費用の額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 年厚生省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）

○基準の性格（解釈通知第 1 の 1-2 抜粋）

基準について
基準は、指定居宅サービスの事業がその目的を達成するために 必要な最低限度の基準を定めたもの であり、指定居宅サービス事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければならない。
基準の性格について
指定居宅サービスの事業を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定居宅サービスの指定又は更新は受けられず、また、 基準に違反することが明らかになった場合 、 ①相当の期間を定めて基準を遵守するよう 勧告 ②相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を 公表 ③正当な理由が無く、当該勧告に係る措置を採らなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置を採るよう 命令 することができる。 また、③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を 公示 しなければならない。 なお、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させること）ができる。

指定の取消・効力の停止について

次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、**直ちに指定を取り消すこと又は指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。**

- ①次に掲げるときその他の事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき
 - イ 指定居宅サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき
 - ロ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与したとき
- ② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
- ③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

○用語の定義

常勤換算方法

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

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児または家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）、第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことを可能とする。

勤務延時間数

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

常勤

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、母性健康管理措置または育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。 例え

ば、一の事業者によって行われる指定訪問介護事業所と指定居宅介護支援事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従業者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 条）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第 2 条第 1 号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同法第 2 号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置または同法 24 条第 1 項（第 2 号に係る部分に限る。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の因数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休暇や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。

「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

〈基本方針等〉

○基本方針

訪問看護：第63条（県基準条例）	介護予防訪問看護：63条（県基準条例）
<p>要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。</p>	<p>その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。</p>

○基本取扱方針

訪問看護：第70条（県基準条例）	介護予防訪問看護：75条（県基準条例）
<p>(1) 指定訪問看護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行われなければならない。</p> <p>(2) 指定訪問看護事業者は、自らその提供する指定訪問看護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。</p>	<p>(1) 指定介護予防訪問看護は、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。</p> <p>(2) 事業者は、自らその提供する指定介護予防訪問看護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。</p> <p>(3) 事業者は、指定介護予防訪問看護の提供に当たり、利用者ができる限り要介護状態と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するものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければならない。</p> <p>(4) 事業者は、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければならない。</p> <p>(5) 事業者は、指定介護予防訪問看護の提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者がその有する能力を最大限活用することができるよう適切な働きかけに努めなければならない。</p>

○具体的取扱方針

訪問看護：第71条（県基準条例）	介護予防訪問看護：76条（県基準条例）
<p>看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>(1) 提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び第73条第1項に規定する訪問看護計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。</p> <p>(2) 提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。</p> <p>(3) 提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、これを行う。</p> <p>(4) 提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行う。</p> <p>(5) 特殊な看護等については、これを行ってはいならない。</p>	<p>看護師等の行う指定介護予防訪問看護の方針は、第62条に規定する基本方針及び基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>(1) 提供に当たっては、主治の医師又は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、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うものとする。</p> <p>(2) 看護師等（准看護師を除く）は前号に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防訪問看護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防訪問看護計画書を作成し、主治の医師に提出しなければならない。</p> <p>(3) 介護予防訪問看護計画書は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。</p> <p>(4) 看護師等（准看護師を除く）は、介護予防訪問看護計画の作成に当たっては、その主要な事項について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。</p> <p>(5) 看護師等（准看護師を除く）は、介護予防訪問看護計画書を作成した際には、当該介護予防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>(6) 提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び介護予防訪問看護計画書に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行うものとする。</p> <p>(7) 提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うものとする。</p> <p>(8) 提供にあたっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもってサービスの提供を行うものとする。</p> <p>(9) 特殊な看護等については、これを行ってはいならない。</p>

	<p>(10) 看護師等（准看護師を除く）は、介護予防訪問看護計画書に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防訪問看護計画書に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防訪問看護計画書の実施状況の把握（以下「モニタリング」）を行うものとする。</p> <p>(11) 看護師等（准看護師を除く）は、モニタリングの結果も踏まえつつ、訪問日、提供した看護内容等を記載した介護予防訪問看護報告書を作成し、当該報告書の内容について、当該指定介護予防支援事業者に報告するとともに、当該報告書を主治の医師に定期的に提供しなければならない。</p> <p>(12) 管理者は、介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。</p> <p>(13) 看護師等（准看護師を除く）は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防訪問看護計画書の変更を行い、変更後の当該計画を主治の医師に提出しなければならない。</p> <p>(14) (1)から(12)までの規定は、前号に規定する介護予防訪問看護計画書の変更について準用する。</p> <p>(15) 指定介護予防訪問看護を担当する医療機関である場合、(2)から(6)まで及び(10)から(14)までの規定にかかわらず、介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書の作成及び提出は、診療録その他の診療に関する記録への記載をもって代えることができる。</p>
--	--

〈人員・設備に関する基準〉

従業員の員数	指定訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ●看護職員 →常勤換算方法で2.5以上 うち1名は常勤 ●理学療法士、作業療法士または言語聴覚士 →実情に応じて適当数 <p>※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時間数とは、出張所等における勤務時間数も含める。</p>
	病院・診療所	●看護職員 適当数
	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	●指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業又は指定複合型サービス事業の指定を受ける上で必要とされている訪問看護の人員（常勤換算2.5人）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を満たしていることとみなす。
管理者	<p>常勤専従（原則） 常勤であり、かつ、原則として専ら当該訪問看護ステーションの管理業務に従事する保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●兼務関係について 当該訪問看護ステーションの他の職務（以下、イ・ロ）、又は同一敷地内の他の事業所、施設等の職務（以下、ハ）に従事する場合であって、当該訪問看護ステーションの管理業務に支障がない場合は、兼務が可能。 <ul style="list-style-type: none"> イ 当該訪問看護ステーションの看護職員 ロ 健康保険法による指定を受けている場合の当該訪問看護ステーションの管理者又は看護職員 ハ 同一敷地内又は道路を隔てて隣接する等管理業務に支障がないと認められる範囲内の他の事業所等がある場合、その管理者又は従業者 ●職種について 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、都道府県知事に認められた者であれば、保健師及び看護師以外の者をあてることができる。（この場合は、すみやかに常勤の保健師又は看護師の管理者を確保するよう努める必要がある） ●資質について 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。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。 	
設備・備品等	指定訪問看護ステーション	●必要な広さの専用事務室・サービス提供に必要な設備・備品等を備える（同一敷地内に他の事業所・施設等がある場合は、必要な広さの専用区画で足りる）
	病院・診療所	●必要な広さの専用区画・サービス提供に必要な設備・備品等を備える

※ 県基準条例 第64条「看護師等の員数等」より抜粋

〈運営に関する基準〉

主治の医師との関係
<p>管理者は主治医の指示に基づき適切なサービスが行われるよう必要な管理をする。</p> <p>事業者は、サービス提供の開始に際し主治医の指示を文書で受け、主治医に訪問看護計画書と訪問看護報告書を提出し（事業所が訪問看護を担当する医療機関である場合は診療記録への記載をし）、密接な連携を図る。</p> <p>指定訪問看護事業所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、電子的方法によって、個々の利用者の訪問看護に関する訪問看護計画書及び訪問看護報告書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、厚生労働省の定める準拠性監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。</p>
訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成
<p>看護師等（准看護師を除く）は、利用者の希望及び心身の状況、主治の医師の指示等を踏まえて、療養上の目標、目標達成のための具体的なサービス内容等を記載した訪問看護計画書を作成する。</p> <p>作成にあたり、計画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訪問看護については、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるものであること等を利用者・家族に対して説明し、利用者の同意を得て、利用者に計画を交付し、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成する。</p> <p>管理者は、訪問看護計画書と訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導と管理を行う。</p> <p>なお、居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から訪問看護計画の提供の求めがあった際には、当該訪問看護計画を提出することに協力するよう努めるものとする。</p> <p>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、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が連携し作成すること。具体的には、訪問看護計画書には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供するものを含め訪問看護の内容を一体的に記載するとともに、訪問看護報告書には訪問日や主な内容を記載することに加え、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が提供した指定訪問看護の内容とその結果を記載した文書を添付すること。</p>
同居家族に対する訪問看護の禁止
<p>看護師等の同居家族である利用者へのサービス提供はできない。</p>
内容・手続の説明と同意
<p>あらかじめ利用申込者または家族に、運営規程の概要等サービス選択に資する重要事項を記した文書を交付して、説明を行い、サービスの開始について、同意を得て、提供を開始する。</p> <p>利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、文書の交付に代えて、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電磁的方法により提供することができる。この場合において、事業者は、当該文書を交付したものとみなす。</p>
提供拒否の禁止
<p>正当な理由なくサービス提供を拒んではならない。</p> <p>正当な理由とは、①事業所の従業員数では利用申込みに応じきれない場合、②利用申込み者の居住地が通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し、自ら適切なサービス提供が困難な場合である。</p>

サービス提供困難時の対応
「提供拒否の禁止」における理由の他、利用申込者の病状等により、適切な訪問看護の提供が困難な場合、主治医師及び居宅介護支援事業者に連絡し、他事業者の紹介等を行う。
利用者の受給資格等の確認
被保険者証により、認定の有無や有効期間を確認する。認定審査会意見が記載されていれば、それに配慮して提供する。
要介護認定等の申請の援助
認定申請を行っていない利用申込者の申請（必要な場合の更新認定の申請）を援助する。
心身の状況等の把握
サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、病歴、環境、他の保健医療・福祉サービスの利用状況等を把握する。
居宅介護支援事業者等との連携
居宅介護支援事業者や保健医療・福祉サービス提供者と連携に努める。サービス提供終了時には情報を提供する。終了時には主治医及び居宅介護支援事業者への情報提供に努める。
法定代理受領サービスをうける援助
法定代理受領サービスを受ける要件の説明の他、要件を満たしていない利用申込者・家族には、手続等を説明し、援助する。
居宅サービス計画に沿った提供
居宅サービス計画を作成している利用者に、計画に沿ったサービスを提供する。
居宅サービス計画等の変更の援助
利用者がサービス計画変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡等の必要な援助を行う。
身分を証する書類の携行
従業者は身分を証する書類を携行し、初回訪問時及び利用者・家族から求められたときは提示する。
サービス提供の記録
提供日・内容や代理受領額等を居宅サービス計画の書面等に記載する。利用者から申し出があればその情報を提供する。
利用料等の受領
<p>法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、サービス費用基準額から事業者を支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払いを受ける。</p> <p>法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際の利用料の額と、居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにする。</p> <p>あらかじめ利用者・家族にサービスの内容・費用について説明を行い、利用者の同意を得て、利用者負担が適当と認められる費用の支払いを利用者からうけることができる。</p>

保険給付の請求のための証明書の交付	
法定代理受領サービスとならない利用料の支払をうけた場合、内容・費用等を記載したサービス提供証明書を利用者に交付する。	
利用者に関する市町村への通知	
利用者が正当な理由なく指示に従わず要介護状態等の程度を悪化させたときや、不正な受給があるとき等は、意見を付け市町村に通知する。	
緊急時等の対応	
サービス提供時に利用者の病状が急変した場合などに、必要に応じて臨時応急の手当てを行なうとともに、速やかに主治の医師への連絡を行い指示を求める等の必要な措置を講じる。	
管理者の責務	
管理者等は、事業所の従業者・業務の管理を一元的に行い、規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。	
運営規程 ※⑦については、令和6年4月1日より義務化	
①事業の目的・運営の方針、②従業者の職種・員数・職務内容、③営業日・営業時間、④サービス内容・利用料等の費用の額、⑤通常の事業の実施地域、⑥緊急時等の対応方法、⑦虐待の防止のための措置に関する事項、⑧その他運営に関する重要事項などについて、規程を定めておく。	
勤務体制の確保等	
適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定め、資質の向上のために、その研修の機会を確保する。 事業者は、適切な指定訪問看護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより看護師等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。	
業務継続計画の策定等 ※令和6年4月1日より義務化	
事業者は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する適正なサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。 事業者は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に変更しなければならない。 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。	
衛生管理等 ※令和6年4月1日より義務化	
事業者は、看護師等の清潔の保持と健康状態について必要な管理を行い、設備と備品等について、衛生的な管理に努める。 事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。 ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 ② 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。 ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に変更すること。	

※ 感染症が発生し、又はまん延しないように講ずる措置について

- ・ 委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましい。
- ・ 委員会は、構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策を担当する者（感染対策担当者）を決めておくことが必要。
- ・ 委員会は、他の会議体と一体的に設置・運営することや、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
- ・ 指針では、事業所における平常時の対策及び発生時の対応を規定すること。
- ・ 研修は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとし、研修の実施内容については記録することが必要。また、年1回以上開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。
- ・ 訓練（シミュレーション）は、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとし、年1回以上行うことが必要。

【参考資料】

- ・ 厚生労働省ホームページ「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」
→ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index_00003.html
- ・ 厚生労働省ホームページ「介護現場における感染対策の手引き」
→ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

掲 示

見やすい場所に、運営規程の概要等利用申込者のサービス選択に関係する重要事項を掲示する。重要事項を記載したファイル等を介護サービス利用申込者、利用者又はその家族が自由に閲覧可能な形で事業所内に備え付けることで掲示に代えることができる。

秘密保持等

サービス従業者は正当な理由なく、業務上知り得た利用者・家族の秘密を漏らしてはならない。指定訪問看護事業者は、当該指定訪問看護事業所の従業者であった者が、正当な理由なく、業務上知り得た利用者・家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講ずる。サービス担当者会議等において利用者（家族）の個人情報を用いる場合にはその利用者（家族）の同意をあらかじめ文書により得ておく。

広 告

広告をする場合は、その内容が虚偽または誇大なものとしてはならない。

居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

居宅介護支援事業者またはその従業者に対し、利用者に特定の事業者からサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

苦情処理

苦情受付窓口を設置するなどして利用者・家族からの苦情に迅速・適切に対応し、苦情の内容等を記録する。市町村からの物件提出の求めや質問・照会等に応じ、市町村が行う調査に協力する。市町村・国保連からの指導・助言に従って必要な改善を行い、市町村等から求められた場合にはその改善の内容を市町村等に報告する。

事故発生時の対応

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

虐待の防止 ※令和6年4月1日より義務化

当該事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

- ①当該事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（虐待防止検討委員会）を定期的に開催すると共に、その結果について、従業者等に周知徹底を図ること。（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）
- ②当該事業所における虐待防止のための指針を整備すること。
- ③当該事業所において、従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に開催すること。
- ④①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

会計の区分

事業所ごとの経理を区分するとともに、指定訪問看護の会計とその他の事業の会計を区分する。

記録の整備

従業者・設備・備品・会計に関する諸記録を整備する。

利用者に対するサービス提供に関しては、①主治医の指示書 ②訪問看護計画書 ③訪問看護報告書 ④提供した具体的なサービス内容等の記録 ⑤市町村への通知の記録 ⑥苦情内容等の記録 ⑦事故の状況・事故に際して採った処置の記録を整備し、完結の日から2年間保存する。

〈報酬に関する基準〉

訪問看護費	
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 （２）所要時間３０分未満の場合 （３）所要時間３０分以上１時間未満の場合 （４）所要時間１時間以上１時間３０分未満の場合 （５）理学療法士、作業療法士又は 言語聴覚士の場合（１回につき）	313単位 470単位 821単位 1,125単位 293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 （２）所要時間３０分未満の場合 （３）所要時間３０分以上１時間未満の場合 （４）所要時間１時間以上１時間３０分未満の場合	265単位 398単位 573単位 842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	2,954単位
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 （２）所要時間３０分未満の場合 （３）所要時間３０分以上１時間未満の場合 （４）所要時間１時間以上１時間３０分未満の場合 （５）理学療法士、作業療法士又は 言語聴覚士の場合（１回につき）	302単位 450単位 792単位 1,087単位 283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 （２）所要時間３０分未満の場合 （３）所要時間３０分以上１時間未満の場合 （４）所要時間１時間以上１時間３０分未満の場合	255単位 381単位 552単位 812単位

通院が困難な利用者、訪問看護指示書の有効期間、標準的な時間数による算定について

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I012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（同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（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イ(1)又はロ(1)の単位数を算定する。）。

※ 別に厚生労働大臣が定める疾病等の内容

多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

□ 留意事項

● 「通院が困難な利用者」について

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。加えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護については、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であって、ケアマネジメントの結果、看護職員と理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が連携した家屋状況の確認を含めた訪問看護の提供が必要と判断された場合に、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、通院サービスを優先すべきということである。

●「訪問看護指示の有効期間」について

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。

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。

●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分以上の保健師又は看護師による訪問看護を週1回以上含む設定とすること。なお20分未満の訪問看護は、訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算の届け出をしている場合に算定可能である。

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) 1人の看護職員（保健師、看護師又は准看護師をいう。以下同じ。）が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を行った場合には、当該訪問看護の所要時間を合算することとする。なお、当該看護職員の提供時間を合算した場合に、准看護師による訪問看護が含まれる場合には、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。

(三) 1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（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など）は職種ごとに算定できる。

(四) なお、1人の利用者に対して、連続して訪問看護を提供する必要性については、適切なケアマネジメントに基づき判断すること。

●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。

●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

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。

准看護師による訪問の場合

准看護師が指定訪問看護を行った場合	<p>所定単位数の以下に相当する単位数を算定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指定訪問看護ステーション、 病院又は診療所の場合 1回につき 90/100 ・ 定期巡回・随時対応訪問看護事業所と連携する場合（准看護師による訪問が1回でもある場合） 98/100
-------------------	--

留意事項

1人の看護職員（保健師、看護師又は准看護師をいう。以下同じ。）が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を行った場合には、所要時間を合算することとする。なお、看護職員による訪問看護の提供時間を合算した場合に、准看護師による訪問看護が含まれる場合には、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。（再掲）

●居宅サービス計画上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

- ① 居宅サービス計画上、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ついては、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、居宅サービス計画上、保健師又は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保健師又は看護師ではなく准看護師が訪問する場合については、准看護師が訪問する場合の単位数（所定単位数の100分の90）を算定すること。
- ② 居宅サービス計画上、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ついては理学療法士、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、居宅サービス計画上、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、事業所の事情により理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士ではなく准看護師が訪問する場合については、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。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問の場合

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1日に3回以上指定訪問看護を行った場合

所定単位数の以下に相当する単位数を算定

・1回につき 90/100

(介護予防)

・1回につき 50/100

□ 留意事項

1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（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など）は職種ごとに算定できる。

● 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について

- 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、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置付けのものである。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（昭和二十三年法律第二百三号）の規定に関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（平成九年法律第百三十二号）第四十二条第一項）に限る。
- 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、1人の利用者につき週に6回を限度として算定する。
- ③ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、1日2回を超えて（3回以上）行う場合には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する。なお、当該取扱いは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が連続して3回以上訪問看護を行った場合だけでなく、例えば午前中に2回、午後に1回行った場合も、同様である。
 (例) 1日の訪問看護が3回である場合の訪問看護費
 $1\text{回単位数} \times (90/100) \times 3\text{回}$
- ④ 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作成すること。また、主治医に提出する計画書は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した内容も一体的に記載するものとし、報告書には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した訪問看護の内容とその結果等を記載した文書を添付すること。
- ⑤ 複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、計画書及び報告書の作成にあたっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成すること。
- ⑥ 計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。
- ⑦ ⑥における、訪問看護サービスの利用開始時とは、利用者が過去2月間（暦月）において当該

訪問看護事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む。）の提供を受けていない場合であって、新たに計画書を作成する場合をいう。また、利用者の状態の変化等に合わせた定期的な訪問とは、主治医からの訪問看護指示書の内容が変化する場合や利用者の心身状態や家族等の環境の変化等の際に訪問することをいう。

● 居宅サービス計画上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（再掲）

居宅サービス計画上、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ついては理学療法士、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、居宅サービス計画上、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、事業所の事情により理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士ではなく准看護師が訪問する場合については、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。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携（訪問看護のみの取扱い）

ハについて、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。）第3条の4第1項本文に規定する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所をいう。以下同じ。）と連携して指定訪問看護を行い、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看護事業所において、通院が困難な利用者に対して、その主治の医師の指示及び訪問看護計画書に基づき、指定訪問看護事業所の看護師等が、指定訪問看護を行った場合に、1月につきそれぞれ所定単位数を算定する。なお、1人の利用者に対し、一の指定訪問看護事業所が訪問看護費を算定している場合には、別の指定訪問看護事業所においては、当該訪問看護費は算定しない。

※ 別に厚生労働大臣が定める施設基準の内容

連携する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の名称、住所その他必要な事項を都道府県知事に届け出ている指定訪問看護事業所であること。

要介護5の利用者の場合

保健師、看護師又は准看護師が要介護5の利用者に対して指定訪問看護を行った場合。

・ 1月につき 800単位

□ 留意事項

● 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携については、訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている事業所として、緊急時訪問看護加算の届け出をしていることが必要である。

- ② 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の報酬は月額定額報酬であるが、次のような場合には次のような取扱いとする。
- (一) 月の途中から訪問看護を利用した場合又は月の途中で訪問看護の利用を終了した場合には、利用期間（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「日割り計算」という。）こととする。なお、利用を開始した日とは、利用者が訪問看護事業者と利用契約を結んだ日ではなく、実際に利用者が定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した日をいう。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護サービスのみ利用していた者が、あらたに訪問看護サービスを利用開始した場合は訪問看護を利用した日をいう。
- (二) 月の途中で短期入所生活介護又は短期入所療養介護を利用している場合は、その期間について日割り計算により算定する。
- (三) 月の途中で要介護5から他の要介護度に変更となった場合、及び他の要介護度から要介護5に変更になった場合は日割り計算により算定する。
- (四) 月途中で、末期の悪性腫瘍又は別に厚生労働大臣が定める疾病の状態（利用者等告示第四号を参照のこと。）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。

早朝・夜間・深夜加算

イ及びロについて、 ・夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合 ・深夜に指定訪問看護を行った場合	1回につき ・夜間又は早朝 25 / 100 ・深夜 50 / 100
---	---

留意事項

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

複数名訪問加算

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単位数を所定単位数に加算する。	1回につき (1) 複数名訪問加算(I) (一) 30分未満 254単位 (二) 30分以上 402単位 (2) 複数名訪問加算(II) (一) 30分未満 201単位 (二) 30分以上 317単位
--	--

<p>(1) 複数名訪問加算(I)</p> <p>(一) 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</p> <p>(二) 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</p> <p>(2) 複数名訪問加算(II)</p> <p>(一) 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</p> <p>(二) 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</p>
<p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容</p> <p>同時に複数の看護師等により指定訪問看護（指定居宅サービス等基準第五十九条に規定する指定訪問看護をいう。以下同じ。）を行うこと又は看護師等が看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当するとき</p> <p>イ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による指定訪問看護が困難と認められる場合</p> <p>ロ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合</p> <p>ハ その他利用者の状況等から判断して、イ又はロに準ずると認められる場合</p>
<p>□ 留意事項</p> <p>① 2人の看護師等又は1人の看護師等と1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（うち1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 複数名訪問加算（I）において訪問を行うのは、両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1人が看護師等であり、同時に訪問する1人が看護補助者であることを要する。</p> <p>③ 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。</p>

長時間訪問看護加算	
<p>イ（4）及びロ（4）について、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、所要時間1時間以上1時間30分未満の指定訪問看護を行った後に引き続き指定訪問看護を行う場合であって、当該指定訪問看護の所要時間を通算した時間が1時間30分以上となるとき。</p>	<p>・ 1回につき 300単位</p>

※ 厚生労働大臣が定める疾病等の内容

次のいずれかに該当する状態

- イ 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）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。）に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ 医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を越える褥瘡の状態
- ホ 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

□ 留意事項

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、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。

同一建物等居住者にサービス提供する場合

- ① 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（「同一敷地内建物等」）に居住する利用者に対して、指定訪問看護を行った場合（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。）
- 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月当たり50人以上の場合
- ③ 上記①以外の範囲に所在する同一の建物に居住する利用者の人数が1月当たり20人以上の場合

所定単位数の以下に相当する単位数を算定

・①、③の場合 90 / 100

・②の場合 85 / 100

□ 留意事項

① 同一敷地内建物等の定義

「同一敷地内建物等」とは、当該指定訪問看護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該指定訪問看護事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。具体的には、一体的な建築物として、当該建物の1階部分に指定訪問看護事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合など、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。

- ② 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。）の定義
- イ 「当該指定訪問看護事業所における利用者が同一建物に20人以上居住する建物」とは、①に該当するもの以外の建築物を指すものであり、当該建築物に当該指定訪問看護事業所の利用者が20人以上居住する場合に該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用者数を合算するものではない。
- ロ この場合の利用者数は、1月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。また、当該指定訪問看護事業所が、第1号訪問事業（旧指定介護予防訪問介護に相当するものとして市町村が定めるものに限る。以下同じ。）〔指定介護予防訪問看護〕と一体的な運営をしている場合、第1号訪問事業の利用者を含めて計算すること。
- ③ 適切に評価する趣旨であることに鑑み、本減算の適用については、位置関係のみをもって判断することがないように留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。
- （同一敷地内建物等に該当しないものの例）
- ・ 同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合
 - ・ 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合
- ④ ①及び②のいずれの場合においても、同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定訪問看護事業所の指定訪問看護事業者と異なる場合であっても該当するものであること。
- ⑤ 同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の定義
- イ 同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該指定訪問看護事業所の利用者が50人以上居住する建物の利用者全員に適用されるものである。
- ロ この場合の利用者数は、1月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

特別地域訪問看護加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定訪問看護事業（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、当時事業所を除く。）又はその一部として使用される事務所の看護師等が指定訪問看護を行った場合。

- ・イ及びロ
1回につき 15/100
- ・ハ
1月につき 15/100
(ハ：訪問看護のみ)

※留意事項略

中山間地域における小規模事業所加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

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看護事業所（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看護師等が指定訪問看護を行った場合。

※留意事項略

- ・イ及びロ
1回につき 10/100
- ・ハ 1月につき 10/100
(ハ：訪問看護のみ)

中山間地域に居住する利用者へのサービス提供加算

（区分支給限度基準額の算定対象外）

指定訪問看護事業所の看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（指定居宅サービス基準第73条第5号に規定する通常の事業の実施地域をいう。）を越えて、指定訪問看護を行った場合。

※留意事項略

- ・イ及びロ
1回につき 5/100
- ・ハ 1月につき 5/100
(ハ：訪問看護のみ)

緊急時訪問看護加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

・訪問看護ステーション

別に厚生労働大臣が定める基準に適合す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。

・病院又は診療所

指定訪問看護を担当する医療機関が、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合。

- 1月につき
- ・訪問看護ステーション
574単位
 - ・病院又は診療所
315単位

□ 留意事項

- 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は、
 【※以下下線部分は訪問看護のみの取扱い】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を算定する。
- ④ 緊急時訪問看護加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。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確認すること。
- ⑤ 訪問看護を担当する医療機関にあつては、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。

※第1の1（5）：届出に係る算定の開始時期

届出に係る加算等（算定される単位数が増えるものに限る。以下同じ。）については、適正な支給限度額管理のため、利用者や居宅介護支援事業者に対する周知期間を確保する観点から、届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始するものとする。

特別管理加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して、指定訪問看護事業所が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、別に厚生労働大臣が定める区分に応じて、いずれかを加算する。

- (1) 特別管理加算(I)
 (2) 特別管理加算(II)

1月につき

(1) 特別管理加算(I)

500単位

(2) 特別管理加算(II)

250単位

別に厚生労働大臣が定める区分の内容

- (1) 特別管理加算(I) 特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態【※「長時間訪問看護加算」参照】のイに該当する状態にある者に対して指定訪問看護を行う場合
 (2) 特別管理加算(II) 特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態のロからホまでに該当する状態にある者に対して指定訪問看護を行う場合

□留意事項

- 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。
- 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【※以下下線部分は訪問看護のみの取扱い】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。
- ③ 特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、2か所以上の事業所から訪問看護を利用する場合については、その分配は事業所相互の合議に委ねられる。
- ④ 「真皮を越える褥瘡の状態」とは、NPUPA（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。
- 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（利用者の家族等に行う指導を含む）について訪問看護記録書に記録すること。
- 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。
- 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。
- 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。

ターミナルケア加算（訪問看護のみ）（区分支給限度基準額の算定対象外）

在宅で死亡した利用者に対して、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、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して訪問看護を行っている場合にあつては1日）以上ターミナルケアを行った場合。（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）

- ・当該者の死亡月につき
2,000単位

※厚生労働大臣が定める状態の内容

次のいずれかに該当する状態

- イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及人工呼吸器を使用している状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

□留意事項

- 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。
- ② ターミナルケア加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、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「ターミナルケア加算等」という）は算定できないこと。
- ③ 一の事業所において、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。
- 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。
- 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
- 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
- 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、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録
- なお、ウについては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。
- 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。
- ⑥ 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。

主治の医師の特別な指示があった場合の取扱い

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な指示を行った場合は、当該指示の日から14日間は医療保険の対象となるため、訪問看護費は、算定しない。

□留意事項

利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示（訪問看護ステーションにおいては特別指示書の交付）があった場合は、交付の日から14日間を限度として医療保険の給付対象となるものであり、訪問看護費は算定しない。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の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。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護における指定訪問看護利用者の急性増悪時等の減算

（訪問看護のみ）

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な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

他サービス相互の算定関係

利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は【※以下下線部分は訪問看護のみの取扱い】定期巡回・随時対応型訪問介護看護（法第8条第15項第1号に該当するものに限る。）、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、訪問看護費は、算定しない。

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

初回加算

指定訪問看護事業所において、新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、初回の指定訪問看護を行った場合。

・ 1月につき 300単位

□留意事項

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つて新たに訪問看護計画書を作成した場合に算定。

退院時共同指導加算

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。ただし、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。

・ 1回に限り 600単位
（特別な管理を必要とする利用者について複数日に行った場合は、2回）

※初回加算算定時は算定不可

□ 留意事項

- ① 退院時共同指導加算は、病院、診療所【※以下下線部分は訪問看護のみの取扱い】、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、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、1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（報酬告示第六号を参照のこと。）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できる。
- 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あっては、1回ずつの算定も可能であること。
- 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、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。
- 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。）。
- 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。
- ⑥ 退院時共同指導は当該者又はその看護に当たる者の同意を得た上で、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその看護に当たる者の同意を得なければならない。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

看護・介護職員連携強化加算(訪問看護のみ)

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介護事業所と連携し、当該事業所の訪問介護員等が当該事業所の利用者に対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。

・ 1月に1回限り 250単位

□ 留意事項

- 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、訪問介護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引等の業務が円滑に行われるよう、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行うとともに当該訪問介護員等と同行し、利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合、又は利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合に算定する。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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

看護体制強化加算

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月につき次のいずれかに掲げる所定単位数を加算する。

- (1) 看護体制強化加算(Ⅰ)
- (2) 看護体制強化加算(Ⅱ)

1月につき

(1) 看護体制強化加算(Ⅰ)

550単位

(2) 看護体制強化加算(Ⅱ)

200単位

介護予防訪問看護の場合 (3) 看護体制強化加算	(3) 看護体制強化加算 100単位
※ 厚生労働大臣が定める基準	
<p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 看護体制強化加算（Ⅰ）</p> <p>(1) 算定日が属する月の前6月間において、指定訪問看護事業所（指定居宅サービス等基準第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。）における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算（指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の注10に係る加算をいう。）を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。</p> <p>(2) 算定日が属する月の前6月間において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算（指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の注11に係る加算をいう。）を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であること。</p> <p>(3) 算定日が属する月の前12月間において、指定訪問看護事業所におけるターミナルケア加算（指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の注12に係る加算をいう。ロ（1）（12）において同じ。）を算定した利用者が5名以上であること。</p> <p>(4) 当該事業所において指定訪問看護の提供に当たる従業者（指定居宅サービス等基準第60条第1項に規定する看護師等をいう。以下この号において同じ。）の総数の内、同項第1号イに規定する看護職員の占める割合が100分の60以上であること。ただし、同項に規定する指定訪問看護事業所が、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営ならびに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省第35号。以下「指定介護予防サービス等基準」という。）第63条第1項に規定する指定介護予防訪問看護事業所の指定を併せて受け、かつ、指定訪問看護の事業と指定介護予防訪問看護（指定介護予防サービス等基準第62条に規定する指定介護予防訪問看護をいう。以下同じ）の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合における、当該割合の算定にあつては、指定訪問看護を提供する従業者と指定介護予防訪問看護を提供する従業者の合計数のうち、看護職員の占める割合によるものとする。（令和5年4月1日施行）</p> <p>ロ 看護体制強化加算（Ⅱ）</p> <p>(1) イ（1）（2）及び（4）に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 算定日が属する月の前12月間において、指定訪問看護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上であること。</p>	
□ 留意事項	
<p>① 当該加算の算定に当たって、厚生労働大臣が定める緊急時訪問看護加算又は特別管理加算の基準における利用者の割合については、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とし、指定訪問看護事業所における緊急時訪問看護加算又は特別管理加算を算定した実利用者数を当該訪問看護事業所における実利用者の総数で除して算出すること。</p> <p>② ①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の利用や当該加算算定が2回以上の者であっても、1として数えること。利用者数には、当該訪問看護事業所を現に利用していない者も含むこと。</p> <p>③ 当該加算を算定するに当たっては、当該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>④ 当該加算を算定するに当たっては、医療機関との連携のもと、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</p>	

に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。

- ⑤ 当該加算の算定に当たっては、継続的に所定の基準を維持しなければならない。その割合及び人数については、台帳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、直ちに届出を提出しなければならないこと。
- ⑥ 当該加算は、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選択し、届出を行うこと。（訪問看護のみ）

サービス提供体制強化加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

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、利用者に対し、指定訪問看護を行った場合	・イ及びロ		
	加算（Ⅰ）	1回につき	6単位
	加算（Ⅱ）	1回につき	3単位
	・ハ		
	加算（Ⅰ）	1回につき	50単位
	加算（Ⅱ）	1回につき	25単位

※ 別に厚生労働大臣が定める基準

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

- （1）指定訪問看護事業所の全ての看護師等（指定居宅サービス等基準第60条第1項に規定する看護師等をいう、以下同じ。）に対し、看護師等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。
- （2）利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達または当該指定訪問看護事業所における看護師等の技術指導を目的とした会議を定期的で開催すること、
- （3）当該指定訪問看護事業所の全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的実施すること。
- （4）当該指定訪問看護事業所の看護師等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

ロ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

- （1）イ（1）から（3）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
- （2）当該指定訪問看護事業所の看護師等の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

□ 留意事項

- ① ※第2の3（7）①から⑥までを参照のこと。
- 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。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。

※ 第2の3（7）①～⑥ サービス提供体制強化加算について

① 研修について

訪問看護従業者ごとの「研修計画」については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容の全体像と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、訪問看護従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。

② 会議の開催について

「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達又は当該指定訪問看護事業所における訪問看護従業者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所においてサービス提供に当たる訪問看護従業者のすべてが参加するものでなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。

なお、「定期的」とは、概ね1月に1回以上開催されている必要がある。

「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。

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

③ 健康診断等について

同号イ（3）の健康診断等については、労働安全衛生法により定期に実施することが義務付けられた「常時使用する労働者」に該当しない訪問看護従業者も含めて、少なくとも1年以内ごとに1回、事業主の費用負担により実施しなければならない。新たに加算を算定しようとする場合にあっては、当該健康診断等が1年以内に実施されることが計画されていることをもって足りるものとする。

④ 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（三月を除く。）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が六月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、四月目以降届出が可能となるものであること。

⑤ 前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近三月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第1の5（※）の届出を提出しなければならない。

※第1の5：加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い

事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。また、この場合において、届出を行わず、当該加算について請求を行った場合は、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになることは当然であるが、

悪質な場合には指定の取消しをもって対処すること。

- ⑥ 同一の事業所において介護予防訪問看護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

〈変更の届出等の手続きについて(各種加算手続き書類添付)〉

訪問看護事業者、介護予防訪問看護事業者は、介護保険法に定める事項等の変更、もしくは事業の廃止、休止又は再開をしたときは、その旨を知事に届け出なければならない。

(各様式については、各保健福祉事務所 福祉課(長寿介護担当)のホームページにあります。)

健康長寿推進課	https://www.pref.yamanashi.jp/chouju/index.html
中北保健福祉事務所	https://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/index.html
峡東保健福祉事務所	https://www.pref.yamanashi.jp/kt-hokenf/index.html
峡南保健福祉事務所	https://www.pref.yamanashi.jp/kn-hokenf/index.html
富士・東部保健福祉事務所	https://www.pref.yamanashi.jp/ft-hokenf/index.html

(1) 【変更届】届出を要する事項の変更の届出 【届出を要する事項及び添付書類等】

【届出の時期】	変更があったときから10日以内※加算等の変更が必要な際は、加算を行う月の前月の15日以前に届けてください。
【届出部数】	1部(副本は各事業所で保管しておいてください。)
【届出先】	各保健福祉事務所 福祉課 長寿介護担当

(2) 【体制届】居宅サービス費・介護予防サービス費の請求に関する事項の変更の届出

【届出を要する事項及び提出書類】

共通	全事項共通 必須書類	介護報酬算定に係る体制等に関する届出書(別紙2)
訪看		介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)(別紙1)
予防訪看		介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(予防サービス)(別紙1-2)
訪看	定期巡回・随時対応型訪問介護看護における訪問看護事業所連携	訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携に係る届出書(別紙14)
共通	特別地域加算	別途提出書類はなし
共通	緊急時訪問看護加算	緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書(別紙8)
共通	特別管理加算	
訪看	ターミナルケア加算	
共通	中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する)確認表 ※該当事業所は各年度作成
共通	サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙12-2)
		サービス提供体制強化加算 要件確認表 ※該当事業所は各年度作成
訪看	看護体制強化加算	看護体制強化加算に係る届出書(別紙8-2) 看護体制強化加算計算表(別紙8-2-①~③) ※該当事業所は各月作成 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式)

【届出の時期】 加算等を行う月の前月の15日以前(但し緊急時訪問看護加算は、届出を受理した日から算定する。)

【届出部数】 1部(副本は各事業所で保管しておいてください。)

【届出先】 各保健福祉事務所 福祉課 長寿介護担当

※ 届出に当たっての留意事項

① 届出に係る加算等の算定の開始時期

届け出に係る加算等のうち算定される単位数が増えるものについては、適正な支給限度額管理のため、利用者や居宅介護支援事業者に対する周知期間を確保する観点から、届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始することとなります。

② 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い

事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合には、速やかにその旨の届出をしてください。

また、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとし、この場合に、届出を行わず、当該算定について請求を行った場合には、不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となり、返還措置を講ずることとなりますので注意してください。

※ 居宅サービス費・介護予防サービス費の請求に関する事項の変更により、運営規程等の届出事項が変更となる場合は、そちらの変更も必要となりますので、あわせて提出してください。

(3) 【指定更新】

【申請の時期】	指定更新予定日の14日前まで
【申請部数】	1部(副本は各事業所で保管しておいてください。)
【申請先】	各保健福祉事務所 福祉課 長寿介護担当

(4) 事業の再開の届出

【提出書類】

- ・ 再開届出書 (第3の2号様式)
- ・ 付表3
- ・ 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1)
- ・ その他必要書類

【届出の時期】 **再開したときから10日以内**

【届出部数】 1部(副本は各事業所で保管しておいてください。)

【届出先】 各保健福祉事務所 福祉課 長寿介護担当

(5) 事業の廃止・休止の届出

【提出書類】

- ① 廃止 ・ 廃止届出書 (第4号様式)
- ② 休止 ・ 休止届出書 (第4号様式)

【届出の時期】 **廃止又は休止する日の一月前まで**

【届出部数】 1部(副本は各事業所で保管しておいてください。)

【届出先】 各保健福祉事務所 福祉課 長寿介護担当

変更届出提出書類一覧(チェック用)

■ 訪介: 訪問介護、入浴: 訪問入浴、訪看: 訪問看護、訪リ: 訪問リハ、療養: 居宅療養、通介: 通所介護、通リ: 通所リハ、貸与: 福祉用具貸与、販売: 福祉用具販売
△: みなし事業所は提出不要

変更届出が必要な事項	届出対象サービス										提出書類		様式	備考
	訪介	入浴	訪看	訪リ	療養	通介	通リ	貸与	販売	確認	書類名 (※印については変更の時のみ)			
変更届出共通	<input type="checkbox"/>	変更届出書	第3号様式											
	<input type="checkbox"/>	付表	サービス毎											
事業所(施設)の名称	<input type="checkbox"/>	運営規程 (□新・□旧)	—	変更箇所を明示										
事業所(施設)の所在地	<input type="checkbox"/>	運営規程 (□新・□旧)	—	変更箇所を明示										
											<input type="checkbox"/>	土地・建物登記簿謄本(原本)、賃貸借契約書等	—	
											<input type="checkbox"/>	平面図・位置図	—	
申請者の名称・主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>	登記簿謄本(原本)※	—	みなし事業所は提出不要										
											<input type="checkbox"/>	運営規程 (□新・□旧)	—	変更箇所を明示
											<input type="checkbox"/>	業務管理体制に係る届出書(変更)	第2号様式	みなし事業所は提出不要
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	誓約書	参考様式6											
											<input type="checkbox"/>	登記簿謄本(原本)	—	みなし事業所は提出不要
											<input type="checkbox"/>	業務管理体制に係る届出書(変更)	第2号様式	みなし事業所は提出不要
登記事項証明書・条例等(当該事業に関するもの)	<input type="checkbox"/>	登記簿謄本(原本)※	—											
											<input type="checkbox"/>	条例※ (□新・□旧)	—	変更箇所を明示
事業所(施設)の建物の構造専用区画等	<input type="checkbox"/>	平面図 (□新・□旧)	—	変更箇所を明示										
											<input type="checkbox"/>	設備・備品一覧表	参考様式3	
備品	<input type="checkbox"/>	設備・備品一覧表	参考様式3											
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	参考様式1											
											<input type="checkbox"/>	誓約書	参考様式6	
											<input type="checkbox"/>	資格証		
サービス提供責任者の氏名、生年月日住所及び経歴	<input type="checkbox"/>	サービス提供責任者経歴書(資格証提出の場合は不要)	参考様式9	減員は不要										
											<input type="checkbox"/>	資格証		減員は不要
											<input type="checkbox"/>	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	
											<input type="checkbox"/>	サービス提供責任者配置人数確認表	参考様式1-1	
運営規程	<input type="checkbox"/>	運営規程 (□新・□旧)		変更箇所を明示										
営業日、営業時間に変更のある場合	<input type="checkbox"/>	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	参考様式1											
宿泊サービスの実施内容に変更のある場合	<input type="checkbox"/>	宿泊サービス実施に関する変更届出書	別添様式											
協力医療機関(病院) 協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/>	契約書		変更箇所を明示										
											<input type="checkbox"/>	運営規程 (□新・□旧)		
事業所の種別	<input type="checkbox"/>	事業所の種別がわかる書類												
											<input type="checkbox"/>	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	別紙2 別紙1、1-2	
											<input type="checkbox"/>	運営規程 (□新・□旧)		変更箇所を明示
提供する居宅療養管理指導の種類	<input type="checkbox"/>	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	参考様式1											
											<input type="checkbox"/>	資格証		
利用者、入所者又は入院患者の定員	<input type="checkbox"/>	運営規程 (□新・□旧)		変更箇所を明示										
											<input type="checkbox"/>	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	参考様式1	
福祉用具の保管・消毒方法 (委託の場合は、委託先の状況)	<input type="checkbox"/>	契約書												
											<input type="checkbox"/>	消毒保管手順書		
											<input type="checkbox"/>	運営規程 (□新・□旧)		変更箇所を明示

老人福祉法の届出が必要な事項	届出対象サービス									提出書類		様式	備考
	訪介	入浴	訪問	訪問	療養	通介	通リ	貸与	販売	確認	書類名		
事業所(施設)の名称											<input type="checkbox"/> 老人居宅生活支援事業 変更届 又は <input type="checkbox"/> 老人デイサービスセンター変更届	第1号様式の3 第3号様式の2	【通所介護について】 特別養護老人ホーム等に併設し、当該施設の食堂・機能訓練室・静養室・浴室を共用する場合 →「老人居宅生活支援事業」 それ以外 →「老人デイサービスセンター」
事業所(施設)の所在地													
主たる事務所の所在地、法人の名称													
代表者(開設者)の氏名、生年月日並びに住所及び職名													
定款・寄附行為 及びその登記事項証明書・条例等(当該事業に関するもの)	○												
事業所(施設)の管理者の氏名及び住所													
サービス提供責任者の氏名及び住所													
運営規程													

その他	届出対象サービス									提出書類		様式	備考	
	訪介	入浴	訪問	訪問	療養	通介	通リ	貸与	販売	確認	書類名			
変更後10日を過ぎての届出	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	遅延理由書		申請者の押印のあるもの
市町村を跨がる所在地変更(№2)の届出	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>	新たな事業所番号の付与		

【訪問看護】介護給付費算定に係る届出 提出書類一覧(チェック用)

1 各加算に共通して提出が必要な書類

番号	確認	提出書類	提出時の留意事項 (詳細は、報酬基準・各様式備考等を確認)	様式
1	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		別紙2
2	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表		別紙1、別紙1-2

2 加算ごとに提出が必要な書類(以下に記載の無い加算等については、上記1のみの提出で可)

番号	確認	提出書類	提出時の留意事項 (詳細は、報酬基準・各様式備考等を確認)	様式
定期巡回・随時対応サービス連携				
1	<input type="checkbox"/>	訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問看護連携に係る届出書		別紙14
2	<input type="checkbox"/>	連携契約書・協定書等(写)		
緊急時訪問看護加算				
1	<input type="checkbox"/>	緊急時(介護予防)訪問看護加算・特別管理加算・ターミナルケア加算に係る届出書		別紙8
特別管理加算				
1	<input type="checkbox"/>	緊急時(介護予防)訪問看護加算・特別管理加算・ターミナルケア加算に係る届出書		別紙8
ターミナルケア加算				
1	<input type="checkbox"/>	緊急時(介護予防)訪問看護加算・特別管理加算・ターミナルケア加算に係る届出書		別紙8
看護体制強化加算				
1	<input type="checkbox"/>	看護体制強化加算に係る届出書		別紙8-2
2	<input type="checkbox"/>	緊急時(介護予防)訪問看護加算の算定状況		別紙8-①
3	<input type="checkbox"/>	特別管理加算の算定状況		別紙8-②
4	<input type="checkbox"/>	ターミナルケア加算の算定状況/看護職員の割合		別紙8-③
5	<input type="checkbox"/>	(参考様式)従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表、または、それに準じたもの	算出の前月(暦月)	参考様式1(訪問看護用)
サービス提供体制強化加算				
1	<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算に関する届出書		別紙12-2
2	<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算Ⅰ要件確認表(勤続7年以上の割合の要件) サービス提供体制強化加算Ⅱ要件確認表(勤続3年以上の割合の要件)	別紙12-①または別紙12-②のいずれか(Excelシート選択) 小数点2以下の切捨て処理に注意すること	別紙12-①または別紙12-②
3	<input type="checkbox"/>	雇用契約書・辞令等(写)	勤続年数がかかる書類	
4	<input type="checkbox"/>	研修計画		
5	<input type="checkbox"/>	会議録	原則PCにより作成されたもの	
6	<input type="checkbox"/>	就業規則・健康診断のお知らせ等	定期的な健康診断の実施のあることがわかる資料	
中山間地域等における小規模事業所加算				
1	<input type="checkbox"/>	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)確認表		HPに別途様式掲載

指定更新申請、再開・休止・廃止届に係る提出書類一覧（チェック用）

※△：みなし事業所は提出不要

番号	確認	提出書類	訪問 介護	訪問 入浴 (予防)	訪問 看護 (予防)	訪問 リハ (予防)	居宅 療養 (予防)	通所 介護	通所 リハ (予防)	用具 貸与 (予防)	用具 販売 (予防)	様式
指定更新												
1	<input type="checkbox"/>	指定更新申請書	○	○	△	△	△	○	△	○	○	第1号様式の3
2	<input type="checkbox"/>	付表	○	○	△	△	△	○	△	○	○	各サービスに応じたもの
3	<input type="checkbox"/>	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	△	△	△	○	△	○	○	参考様式1
4	<input type="checkbox"/>	サービス提供責任者配置人数確認表	○									参考様式1-1
5	<input type="checkbox"/>	誓約書	○	○	△	△	△	○	△	○	○	参考様式6
6	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	○	○	△	△	△	○	△	○		別紙1、1-2
再開												
1	<input type="checkbox"/>	再開届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	第3号の2様式
2	<input type="checkbox"/>	付表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	各サービスに応じたもの
3	<input type="checkbox"/>	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	参考様式1
4	<input type="checkbox"/>	サービス提供責任者配置人数確認表	○									参考様式1-1
5	<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	別紙1、1-2
6	<input type="checkbox"/>	事業所規模確認表(算定区分確認表)						○	○			HPに別途様式掲載
7	<input type="checkbox"/>	加算ごとに必要となる各種添付書類	○	○	○	○	○	○	○	○		
休止・廃止												
1	<input type="checkbox"/>	廃止・休止届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	第4号様式

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)確認表

1 申請者

事業所番号	
事業所名称	
担当者	

2 届出サービス

サービス種別(該当サービスに○印)	小規模要件	サービス種別(該当サービスに○印)	小規模要件
訪問介護	平均延訪問回数200回以下		
訪問入浴介護	平均延訪問回数20回以下	介護予防入浴訪問介護	平均延訪問回数5回以下
訪問看護	平均延訪問回数100回以下	介護予防訪問看護	平均延訪問回数5回以下
訪問リハビリテーション	平均延訪問回数30回以下	介護予防訪問リハビリテーション	平均延訪問回数10回以下
福祉用具貸与	平均実利用者数15人以下	介護予防福祉用具貸与	平均実利用者数5人以下
居宅療養管理指導	平均延訪問回数50回以下	介護予防居宅療養管理指導	平均延訪問回数5回以下

3 実績確認

- 前年度の実績が、新規指定又は再開してから6月以上の実績のある事業所は下記①により計算すること。
 (例)平成30年4月から算定をする場合→平成29年3月31日時点で指定等から6月以上実績があるときは①で計算することとなる
- 上記以外の事業所は、②により計算すること。
 - ・指定・再開事業所は4月目以降届出が可能。
 - ・月途中で新たに事業開始・再開した月は、当該月の実績を計算に含めることは不可。
- 計算の結果、「小規模に該当する」場合
 →保健福祉事務所(長寿介護課)あて、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」に添付して、届出を行うこと。
- また、平均延訪問回数(実利用者数)は、毎月ごとに記録し、所定の回数(人数)を上回った場合、直ちに届出を行うこと。

①前年度の実績が6月以上の事業所

月ごとに延訪問回数(実利用者数)を算定し合計した数を、営業月数で割って月平均を算定する。

平均延訪問回数(実利用者数)確認表

年									年			計(a)	平均(b)
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		

(a)÷営業月数=(b)

②前年度の実績が6月未満の事業所

届出月の直近の3月における月ごとの延訪問回数(実利用者)を算定し合計した数を、3で割って月平均を算定する。

平均延訪問回数(実利用者数)確認表

年	年												年
12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
	直近3月計(a)												
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	平均(b)												
(a)÷3=(b)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(別紙8)

緊急時（介護予防）訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書

事業所名		異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設等の区分	1 (介護予防) 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション) 2 (介護予防) 訪問看護事業所 (病院又は診療所) 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 4 看護小規模多機能型居宅介護事業所		
届出項目	1 緊急時(介護予防)訪問看護加算 2 特別管理加算に係る体制 3 ターミナルケア体制		

1 緊急時（介護予防）訪問看護加算に係る届出内容

① 連絡相談を担当する職員()人

保健師	人	常勤	人	非常勤	人
看護師	人	常勤	人	非常勤	人

② 連絡方法

③ 連絡先電話番号

1	()	4	()
2	()	5	()
3	()	6	()

2 特別管理加算に係る体制の届出内容 ① 24時間常時連絡できる体制を整備している。 ② 当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。 ③ 病状の変化、医療器具に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。	有・無 有・無 有・無
---	---------------------------

3 ターミナルケア体制に係る届出内容 ① 24時間常時連絡できる体制を整備している。 ② ターミナルケアの提供過程における利用者の心身状況の変化及びこれに対する看護の内容等必要な事項が適切に記録される体制を整備している。	有・無 有・無
--	----------------

備考 緊急時の（介護予防）訪問看護、特別管理、ターミナルケアのそれぞれについて、体制を敷いている場合について提出してください。

看護体制強化加算に係る届出書 ((介護予防)訪問看護事業所)

○ 訪問看護事業所

事業所名	異動等区分		1 新規 2 変更 3 終了	
届出項目	1 看護体制強化加算 (I) 2 看護体制強化加算 (II)			
1 緊急時訪問看護加算の算定状況	① 前6か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める ②の割合が 50%以上	有・無
	② ①のうち緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数	人		
2 特別管理加算の算定状況	① 前6か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める ②の割合が 20%以上	有・無
	② ①のうち特別管理加算(I)又は(II)を算定した実利用者数	人		
3 ターミナルケア加算の算定状況	① 前12か月間のターミナルケア加算の算定人数	人		有・無
			→ 1人以上 → 5人以上	有・無
4 看護職員の割合	① 指定訪問看護を提供する従業員数(常勤換算法)	人	→ ①に占める ②の割合が 60%以上	有・無
	② ①のうち看護職員の人数(常勤換算法)	人		

○ 介護予防訪問看護事業所

事業所名	異動等区分		1 新規 2 変更 3 終了	
届出項目	1 看護体制強化加算			
1 緊急時介護予防訪問看護加算の算定状況	① 前6か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める ②の割合が 50%以上	有・無
	② ①のうち緊急時介護予防訪問看護加算を算定した実利用者数	人		
2 特別管理加算の算定状況	① 前6か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める ②の割合が 20%以上	有・無
	② ①のうち特別管理加算(I)又は(II)を算定した実利用者数	人		
3 看護職員の割合	① 指定訪問看護を提供する従業員数(常勤換算法)	人	→ ①に占める ②の割合が 60%以上	有・無
	② ①のうち看護職員の人数(常勤換算法)	人		

備考 看護体制強化加算に係る体制を敷いている場合について提出してください。

算定要件	算定日が属する月の前6月間において、実利用者の総数のうち、緊急時(介護予防)訪問看護加算を算定した実利用者数の占める割合が 50%以上
------	--

利用者氏名	※加算を算定した利用者欄に○印を記入する。						※前6月間において、緊急時訪問看護加算(緊急時介護予防訪問看護加算)を算定した利用者に「1」と記入する。
	《前6月》 年月	《前5月》 年月	《前4月》 年月	《前3月》 年月	《前2月》 年月	《前1月》 年月	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

実利用者総数(イ)

緊急時(介護予防)訪問看護加算を算定した実利用者数 (ア) 0

割合 (％) ※割合=(ア)÷(イ)×100

留意事項

※前6月間において、当該事業所が提供する訪問看護を2回以上算定した者であっても「1」として数えること。

※利用者は、当該事業所を現に利用していない者も含む。

※看護体制強化加算を算定するに当たっては、算定要件の基準を維持しなければならない。

毎月記録を行い、所定の基準を下回った場合は、その旨届出を行うこと。

算定要件	算定日が属する月の前6月間において、実利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した実利用者数の占める割合が20%以上
------	---

利用者氏名	※加算を算定した利用者欄に○印を記入する。						※前6月間において、特別管理加算を算定した利用者に「1」と記入する。
	《前6月》 年月	《前5月》 年月	《前4月》 年月	《前3月》 年月	《前2月》 年月	《前1月》 年月	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							



実利用者総数(イ)	
-----------	--

特別管理加算を算定した 実利用者数 (ア)	0
--------------------------	---

留意事項

割 合	(%) ※割合=(ア)÷(イ)×100
-----	---------------------

※前6月間において、当該事業所が提供する訪問看護を2回以上算定した者であっても「1」として数えること。

※利用者は、当該事業所を現に利用していない者も含む。

※看護体制強化加算を算定するに当たっては、算定要件の基準を維持しなければならない。

毎月記録を行い、所定の基準を下回った場合は、その旨届出を行うこと。

別紙8-2-③ ターミナルケア加算の算定状況／看護職員の割合

年 月分記録

ターミナルケア加算の算定状況(介護予防訪問看護のみの場合は不要)

算定要件	算定日が属する月の前12月間において、介護予防を除く、ターミナルケア加算を算定した利用者数が(Ⅰ)5人以上、(Ⅱ)1人以上
------	---

利用者氏名	ターミナルケア加算を算定した年月
1	年 月
2	年 月
3	年 月
4	年 月
5	年 月
6	年 月
7	年 月
8	年 月
9	年 月
10	年 月

留意事項

※看護体制強化加算を算定するに当たっては、算定要件の基準を維持しなければならない。
毎月記録を行い、所定の基準を下回った場合は、その旨届出を行うこと。

看護職員の割合

算定要件	指定訪問看護を提供する従業員数の総数に占める看護職員の割合が60%以上(常勤換算方法による)
------	--

※算出した前月(暦月)の従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考資料)、
または、それに準じたものを添付すること

記載例

算定要件	算定日が属する月の前6月間において、実利用者の総数のうち、緊急時(介護予防)訪問看護加算を算定した実利用者数の占める割合が 50%以上
------	--

利用者氏名	※加算を算定した利用者欄に○印を記入する。						※前6月間において、緊急時訪問看護加算(緊急時介護予防訪問看護加算)を算定した利用者欄に「1」と記入する。
	《前6月》	《前5月》	《前4月》	《前3月》	《前2月》	《前1月》	
	R2年10月	R2年11月	R2年12月	R3年1月	R3年2月	R3年3月	
1 山梨 太郎	○						1
2 山梨 花子						○	1
3 富士山 次郎		○	○				1
4 富士川 春子							
5 甲斐 三郎	○						1
6							

※『算定日が属する月の前6月間』の考え方について

看護体制強化加算においては、届出が受理された日が属する月の翌月から算定を開始するものであり、「算定日が属する前6月間」とは、算定を開始する月の前月を含む前6月間のことをいう。

仮に、6月に算定を開始する場合は、5月15日以前に届出を提出する必要があるため、5月分は見込みとして12月・1月・2月・3月・4月・5月の6月間の割合を算出することとなる。

【例】

6月に算定を開始する場合
 〈12月・1月・2月・3月・4月〉実績で割合を算出
 〈5月〉15日以前に届出が必要。届出日以降分は見込みで割合を算出する。

なお、当該加算を算定するに当たっては、継続的に所定の基準を維持しなければならないため、その割合及び人数について、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、直ちにその旨の届出をしなければならないので留意すること。

※割合の記入のしかた 小数点以下第2位を切り捨て

実利用者総数(イ)	5		緊急時(介護予防)訪問看護加算を算定した実利用者数(ア)	4
-----------	----------	--	------------------------------	----------

割 合	80.0%	(%)	※割合=(ア)÷(イ)×100
-----	--------------	-----	-----------------

【留意事項】

- ※前6月間において、当該事業所が提供する訪問看護を2回以上算定した者であっても「1」として数えること。
- ※利用者は、当該事業所を現に利用していない者も含む。
- ※看護体制強化加算を算定するに当たっては、算定要件の基準を維持しなければならない。
- 毎月記録を行い、所定の基準を下回った場合は、その旨届出を行うこと。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
 ((介護予防) 訪問看護、 (介護予防) 訪問リハビリテーション、療養通所介護)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 (介護予防) 訪問看護 2 (介護予防) 訪問リハビリテーション 3 療養通所介護
4 届出項目	(訪問看護、訪問リハビリテーション) 1 サービス提供体制強化加算(I) 2 サービス提供体制強化加算(II) (療養通所介護) 3 サービス提供体制強化加算(III)イ 4 サービス提供体制強化加算(III)ロ

5 研修等に関する状況 (訪問看護のみ)	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。	有・無
	② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的開催すること。	有・無
	③ 健康診断等を定期的実施すること。	有・無

6 勤続年数の状況

(1) サービス提供体制強化加算 (I)

勤続年数の状況	訪問看護	①に占める②の割合が30%以上		有・無
		① 看護師等の総数(常勤換算)	人	
		② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	人	
	訪問リハ	①に占める②の者が1名以上		有・無
		① サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数	人	
		② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数	人	
療養通所介護	①に占める②の割合が30%以上		有・無	
	① サービスを直接提供する職員の総数(常勤換算)	人		
	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常勤換算)	人		

(2) サービス提供体制強化加算 (II)

勤続年数の状況	訪問看護	①に占める②の割合が30%以上		有・無
		① 看護師等の総数(常勤換算)	人	
		② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人	
	訪問リハ	①に占める②の者が1名以上		有・無
		① サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数	人	
		② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数	人	
療養通所介護	①に占める②の割合が30%以上		有・無	
	① サービスを直接提供する職員の総数(常勤換算)	人		
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人		

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

(別紙14)

令和 年 月 日

訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携に係る届出書

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設等の区分	1 訪問看護事業所（訪問看護ステーション） 2 訪問看護事業所（病院又は診療所）

連携する定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

事業所名	事業所番号

特定医療費対象疾患

番号	病名	番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症	51	全身性強皮症
2	筋萎縮性側索硬化症	52	混合性結合組織病
3	脊髄性筋萎縮症	53	シェーグレン症候群
4	原発性側索硬化症	54	成人スチル病
5	進行性核上性麻痺	55	再発性多発軟骨炎
6	パーキンソン病	56	ベーチェット病
7	大脳皮質基底核変性症	57	特発性拡張型心筋症
8	ハンチントン病	58	肥大型心筋症
9	神経有棘赤血球症	59	拘束型心筋症
10	シャルコー・マリー・トゥース病	60	再生不良性貧血
11	重症筋無力症	61	自己免疫性溶血性貧血
12	先天性筋無力症候群	62	発作性夜間ヘモグロビン尿症
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎	63	特発性血小板減少性紫斑病
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー	64	血栓性血小板減少性紫斑病
15	封入体筋炎	65	原発性免疫不全症候群
16	クロウ・深瀬症候群	66	IgA 腎症
17	多系統萎縮症	67	多発性嚢胞腎
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	68	黄色靱帯骨化症
19	ライソゾーム病	69	後縦靱帯骨化症
20	副腎白質ジストロフィー	70	広範脊柱管狭窄症
21	ミトコンドリア病	71	特発性大腿骨頭壊死症
22	もやもや病	72	下垂体性ADH分泌異常症
23	プリオン病	73	下垂体性TSH分泌亢進症
24	亜急性硬化性全脳炎	74	下垂体性PRL分泌亢進症
25	進行性多巣性白質脳症	75	クッシング病
26	HTLV-1関連脊髄症	76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
27	特発性基底核石灰化症	77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
28	全身性アミロイドーシス	78	下垂体前葉機能低下症
29	ウルリッヒ病	79	家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)
30	遠位型ミオパチー	80	甲状腺ホルモン不応症
31	ベスレムミオパチー	81	先天性副腎皮質酵素欠損症
32	自己食空胞性ミオパチー	82	先天性副腎低形成症
33	シュワルツ・ヤンベル症候群	83	アジソン病
34	神経線維腫症	84	サルコイドーシス
35	天疱瘡	85	特発性間質性肺炎
36	表皮水疱症	86	肺動脈性肺高血圧症
37	膿疱性乾癬(汎発型)	87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群	88	慢性血栓性肺高血圧症
39	中毒性表皮壊死症	89	リンパ脈管筋腫症
40	高安動脈炎	90	網膜色素変性症
41	巨細胞性動脈炎	91	バッド・キアリ症候群
42	結節性多発動脈炎	92	特発性門脈圧亢進症
43	顕微鏡的多発血管炎	93	原発性胆汁性胆管炎
44	多発血管炎性肉芽腫症	94	原発性硬化性胆管炎
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	95	自己免疫性肝炎
46	悪性関節リウマチ	96	クローン病
47	バージャー病	97	潰瘍性大腸炎
48	原発性抗リン脂質抗体症候群	98	好酸球性消化管疾患
49	全身性エリテマトーデス	99	慢性特発性偽性腸閉塞症
50	皮膚筋炎／多発性筋炎	100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症

番号	病名	番号	病名
101	腸管神経節細胞僅少症	151	ラスムッセン脳炎
102	ルビンシュタイン・テイビ症候群	152	PCDH19関連症候群
103	CFC症候群	153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎
104	コステロ症候群	154	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症
105	チャージ症候群	155	ランドウ・クレフナー症候群
106	クリオピリン関連周期熱症候群	156	レット症候群
107	若年性特発性関節炎	157	スタージ・ウェーバー症候群
108	TNF受容体関連周期性症候群	158	結節性硬化症
109	非典型溶血性尿毒症症候群	159	色素性乾皮症
110	ブラウ症候群	160	先天性魚鱗癬
111	先天性ミオパチー	161	家族性良性慢性天疱瘡
112	マリネスコ・シェーグレン症候群	162	類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む。)
113	筋ジストロフィー	163	特発性後天性全身性無汗症
114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群	164	眼皮膚白皮症
115	遺伝性周期性四肢麻痺	165	肥厚性皮膚骨膜炎
116	アトピー性脊髄炎	166	弾性線維性仮性黄色腫
117	脊髄空洞症	167	マルファン症候群
118	脊髄髄膜瘤	168	エーラス・ダンロス症候群
119	アイザックス症候群	169	メンケス病
120	遺伝性ジストニア	170	オクシビタル・ホーン症候群
121	神経フェリチン症	171	ウィルソン病
122	脳表へモジデリン沈着症	172	低ホスファターゼ症
123	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症	173	VATER症候群
124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症	174	那須・ハコラ病
125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症	175	ウィーバー症候群
126	ペリー症候群	176	コフィン・ローリー症候群
127	前頭側頭葉変性症	177	ジュベール症候群関連疾患
128	ビッカースタッフ脳幹脳炎	178	モワット・ウィルソン症候群
129	痙攣重積型(二相性)急性脳症	179	ウィリアムズ症候群
130	先天性無痛無汗症	180	ATR-X症候群
131	アレキサンダー病	181	クルーゾン症候群
132	先天性核上性球麻痺	182	アペール症候群
133	メビウス症候群	183	ファイファー症候群
134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	184	アントレー・ビクスラー症候群
135	アイカルディ症候群	185	コフィン・シリス症候群
136	片側巨脳症	186	ロスムンド・トムソン症候群
137	限局性皮質異形成	187	歌舞伎症候群
138	神経細胞移動異常症	188	多脾症候群
139	先天性大脳白質形成不全症	189	無脾症候群
140	ドラベ症候群	190	鰓耳腎症候群
141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	191	ウェルナー症候群
142	ミオクロニー欠神てんかん	192	コケイン症候群
143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	193	ブラダー・ウィリ症候群
144	レノックス・ガストー症候群	194	ソトス症候群
145	ウエスト症候群	195	ヌーナン症候群
146	大田原症候群	196	ヤング・シンプソン症候群
147	早期ミオクロニー脳症	197	1p36欠失症候群
148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	198	4p欠失症候群
149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	199	5p欠失症候群
150	環状20番染色体症候群	200	第14番染色体父親性ダイソミー症候群

番号	病名	番号	病名
201	アンジェルマン症候群	251	尿素サイクル異常症
202	スミス・マギニス症候群	252	リジン尿性蛋白不耐症
203	22q11.2欠失症候群	253	先天性葉酸吸収不全
204	エマヌエル症候群	254	ポルフィリン症
205	脆弱X症候群関連疾患	255	複合カルボキシラーゼ欠損症
206	脆弱X症候群	256	筋型糖原病
207	総動脈幹遺残症	257	肝型糖原病
208	修正大血管転位症	258	ガラクトースー1ーリン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症
209	完全大血管転位症	259	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
210	単心室症	260	シトステロール血症
211	左心低形成症候群	261	タンジール病
212	三尖弁閉鎖症	262	原発性高カイロミクロン血症
213	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症	263	脳髄黄色腫症
214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症	264	無βリポタンパク血症
215	ファロー四徴症	265	脂肪萎縮症
216	両大血管右室起始症	266	家族性地中海熱
217	エプスタイン病	267	高IgD症候群
218	アルポート症候群	268	中條・西村症候群
219	ギャロウェイ・モワト症候群	269	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
220	急速進行性糸球体腎炎	270	慢性再発性多発性骨髄炎
221	抗糸球体基底膜腎炎	271	強直性脊椎炎
222	一次性ネフローゼ症候群	272	進行性骨化性線維異形成症
223	一次性膜性増殖性糸球体腎炎	273	肋骨異常を伴う先天性側弯症
224	紫斑病性腎炎	274	骨形成不全症
225	先天性腎性尿崩症	275	タナトフォリック骨異形成症
226	間質性膀胱炎(ハンナ型)	276	軟骨無形成症
227	オスラー病	277	リンパ管腫症/ゴーハム病
228	閉塞性細気管支炎	278	巨大リンパ管奇形(頸部顔面病変)
229	肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)	279	巨大静脈奇形(頸部口腔咽頭びまん性病変)
230	肺胞低換気症候群	280	巨大動静脈奇形(頸部顔面又は四肢病変)
231	α1-アンチトリプシン欠乏症	281	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群
232	カーニー複合	282	先天性赤血球形成異常性貧血
233	ウォルフラム症候群	283	後天性赤芽球癆
234	ペルオキシソーム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)	284	ダイヤモンド・ブラックファン貧血
235	副甲状腺機能低下症	285	ファンconi貧血
236	偽性副甲状腺機能低下症	286	遺伝性鉄芽球性貧血
237	副腎皮質刺激ホルモン不応症	287	エプスタイン症候群
238	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症	288	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症
239	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症	289	クローンカイト・カナダ症候群
240	フェニルケトン尿症	290	非特異性多発性小腸潰瘍症
241	高チロシン血症1型	291	ヒルシュスプルング病(全結腸型又は小腸型)
242	高チロシン血症2型	292	総排泄腔外反症
243	高チロシン血症3型	293	総排泄腔遺残
244	メーブルシロップ尿症	294	先天性横隔膜ヘルニア
245	プロピオン酸血症	295	乳幼児肝巨大血管腫
246	メチルマロン酸血症	296	胆道閉鎖症
247	イソ吉草酸血症	297	アラジール症候群
248	グルコーストランスポーター1欠損症	298	遺伝性膀胱炎
249	グルタル酸血症1型	299	嚢胞性線維症
250	グルタル酸血症2型	300	IgG4関連疾患

番号	病名
301	黄斑ジストロフィー
302	レーベル遺伝性視神経症
303	アッシュャー症候群
304	若年発症型両側性感音難聴
305	遅発性内リンパ水腫
306	好酸球性副鼻腔炎
307	カナバン病
308	進行性白質脳症
309	進行性ミオクローヌスてんかん
310	先天異常症候群
311	先天性三尖弁狭窄症
312	先天性僧帽弁狭窄症
313	先天性肺静脈狭窄症
314	左肺動脈右肺動脈起始症
315	ネイルパテラ症候群(爪膝蓋骨症候群)／LMX1B関連腎症
316	カルニチン回路異常症
317	三頭酵素欠損症
318	シトリン欠損症
319	セピアプテリン還元酵素(SR)欠損症
320	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症
321	非ケトーシス型高グリシン血症
322	β -ケトチオラーゼ欠損症
323	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
324	メチルグルタコン酸尿症
325	遺伝性自己炎症疾患
326	大理石骨病
327	特発性血栓症(遺伝性血栓性素因によるものに限る。)
328	前眼部形成異常
329	無虹彩症
330	先天性気管狭窄症／先天性声門下狭窄症
331	特発性多中心性キャッスルマン病
332	膠様滴状角膜ジストロフィー
333	ハッチンソン・ギルフォード症候群
334	脳クレアチン欠乏症候群
335	ネフロン癆
336	家族性低 β リポタンパク血症1(ホモ接合体)
337	ホモシステン尿症
338	進行性家族性肝内胆汁うっ滞症

介護保険における「特定疾病」及び「厚生労働大臣が定める疾病等」の疾病一覧

2022/04/01現在

特定疾病 (40歳以上65歳未満の第2号被保険者が 要介護・要支援認定を受ける際の原因 となる「老化に起因する一定の疾病」)		
	疾病名	特定医療費 の対象疾患
1	がん末期	
2	関節リウマチ	
3	筋萎縮性側索硬化症	○
4	後縦靭帯骨化症	○
5	骨折を伴う骨粗鬆症	
6	初老期における認知症	
7	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(パーキンソン病関連疾患)	○
8	脊髄小脳変性症	○
9	脊柱管狭窄症	
10	早老症(ウェルナー症候群等) ※ウェルナー症候群は特定医療費対象(指定難病)。	△
11	多系統萎縮症	○
12	糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	
13	脳血管疾患	
14	閉塞性動脈硬化症	
15	慢性閉塞性肺疾患	
16	両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症	

厚生労働大臣が定める疾病等 (末期の悪性腫瘍同様、医療保険給付の対象者)		
	疾病名及び状態	特定医療費 の対象疾患
1	多発性硬化症	○
2	重症筋無力症	○
3	スモン	
4	筋萎縮性側索硬化症	○
5	脊髄小脳変性症	○
6	ハンチントン病	○
7	進行性筋ジストロフィー症	
8	パーキンソン関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病)※1	○
9	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレガー症候群)	○
10	プリオン病	○
11	亜急性硬化性全脳炎	○
12	ライソゾーム病	○
13	副腎白質ジストロフィー	○
14	脊髄性筋萎縮症	○
15	球脊髄性筋萎縮症	○
16	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	○
17	後天性免疫不全症候群	
18	頸髄損傷	
19	人工呼吸器を使用している状態	

◆特定医療費支給認定:令和4年4月1日現在、338疾患が医療費助成の対象となっており、山梨県健康増進課ホームページ等にて対象疾患の確認可能。

※1 パーキンソン病はホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る

報酬評価の対象となる地域指定

令和5年4月1日現在

法庁名	特別地域加算対象地域		特定山村法	過疎法	豪雪法	辺地法
	山村振興法	厚生労働大臣が別に定める地域				
甲府市		古閑町、榑町	古閑町、榑町	古閑町、榑町		古閑町・榑町
富士吉田市			全域			
都留市	宝（金井、中津森、平栗、厚原、加畑、大幡）、盛里（与純、盛里、朝日馬場、朝日曾根）、川棚		全域			大平
山梨市	牧丘町西保中、牧丘町牧平、牧丘町北原、三富（全域）		牧丘町（全域）、三富（全域）	牧丘町（全域）、三富（全域）		牧丘町牧平（赤芝・藤立）、三富川浦（雷）、三富徳和（徳和）、牧平
大月市	笹子町（全域）、七保町（全域）		全域			浅川、七保町瀬戸（上和田）、笹子町黒野田（追分）、朝日小沢、飯岡町奥山（西奥山）
韮崎市	内野町（全域）、清誓町（全域）		内野町（全域）、清誓町（全域）、神山町（全域）			穂坂町三之蔵
南アルプス市	戸安（全域）		曲輪田新田、飯野新田、釜山、有野、須沢、塩の前、大嵐、駒場、戸安（全域）、高尾、平岡、あやめが丘、上宮地、曲輪田、上野、中野、上市之瀬、下市之瀬	戸安（全域）	戸安（全域）	戸安戸倉（大曾利）
北杜市	須玉町上津金、須玉町下津金、須玉町江草、須玉町小尾、須玉町比志、高根町清里、高根町浅川、武川町牧原、武川町三次、武川町山崎、武川町黒沢、武川町新奥、武川町宮脇		明野町（全域）、須玉町（全域）、長坂町（全域）、大泉町（全域）、白州町（全域）、武川町（全域）、高根町村山西割、高根町巖原、高根町小池、高根町清里、高根町浅川、小瀬沢町（全域）	須玉町（全域）、白州町（全域）、武川町（全域）		明野町浅尾（浅尾原・東光）、須玉町小尾（黒森、東小尾）、須玉町上津金（大和、森原）、須玉町下津金（御所）、高根町葉井出（葉井出）、高根町（浅川・旧程山）、白州町（山口）、長坂町（大井ヶ森・白井沢）、武川町牧原（真原）、念場、大武川、津金和田、小荒間、長沢
甲斐市		管口及び福沢	長塚、大下条、中下条、島上条、天狗沢、大久保、境、牛匂、亀沢、打返、漆戸、獅子平、上管口、下管口、安寺、神戸、下福沢、上福沢、下戸沢、上戸沢、吉沢、平田、下今井、岩森、志田、宇津谷			福沢
笛吹市	戸川町（全域）		御坂町（全域）、春日居町国府、春日居町鏡目、春日居町徳栄、戸川町（全域）	戸川町（全域）		御坂町藤野木、戸川町上戸川、戸川町中戸川、戸川町鶯宿
上野原市	秋山（全域）、桐原、西原		全域	全域		秋山寺下、和見、秋山寺沢、飯尾、西原、沢渡、藤尾、棚頭、猪丸
甲州市	平沢、福生里、竹森、上教原、下小田原、上小田原、一之瀬高橋、大和町（全域）		塩山（全域）、大和町（全域）	全域		
市川三郷町	下戸川、三帳、高萩、笠、中山、畑熊		上野、大塚、三帳、下戸川、高萩、中山、笠、畑熊、市川大門、印沢、黒沢、下大島居、高田、八之尻、山家、落居、五八、岩下、寺所	全域		下九一色
富士川町	平林、小室、高下、十谷、柳川、鳥屋、箱原、長知沢		全域	旧殿沢町		十谷、柳川、鳥屋、長知沢・国見平、平林、高下
早川町	全域		全域	全域	全域	湯島、天久保、赤沢、京ヶ島、大原野、西之宮、馬場
身延町	清沢、大吹平、岩次、杉山、市之瀬、北川、常葉、下部、湯之奥、上之平、波高島、川向、桃ヶ窪、大子、折門、八坂、古閑、釜嶺、中之倉、瀬戸、根子、大塚小塚、丸畑、久保、彌、大山、山家、矢細工、宮長谷、江原窪、福原、梨子、遅沢、中山、小田船原、門野、大城、相又、清子、光子沢、横根中、上八木沢、下八木沢、帯金、大笠、椿草里、丸滝、角打、大崩、和田、樋之上、大島		全域	全域		清子、大塩、大城、門野、湯平、田原、横根中、栗倉、相又上、曙、日向南沢、久成、平須
南部町	内船、井出、十島、上佐野、下佐野、楢根、福士、万沢		全域	全域		万沢（駿草）、福士（徳間）
道志村	全域		全域	全域		大渡・野原、久保・笹久根、長又・白井平
西桂町	全域		全域	全域		
鳴沢村	全域		全域	全域		
富士河口湖町	長浜、西湖	精進、本栢、富士ヶ嶺	大石、河口、大嵐、西湖、西湖西、西湖南、長浜、精進、本栢、富士ヶ嶺	精進、本栢、富士ヶ嶺		西湖、富士ヶ嶺、本栢、精進、根場
小菅村	全域		全域	全域		
丹波山村	全域		全域	全域		

【 ※ 各法律により指定されている地域名を現行の地域名に読み替えてあります 】

☆特別地域加算対象地域＝「山村振興法」で定める地域及び厚生労働大臣が別に定める地域（平成12年度厚生労働省告示第24号）

☆中山間地域等における小規模事業所の評価対象地域＝「特定農山村法」、「過疎法」、「豪雪法」及び「辺地法」の対象地域のうち、上記「特別地域加算」の対象地域を除く地域。

☆中山間地域等に居住する者にサービス提供した事業所への評価対象地域＝「山村振興法」、「特定農山村法」、「過疎法」、「豪雪法」及び「辺地法」の対象地域

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

厚生労働省

改訂 平成30年3月

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

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種 of 医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。

そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
 - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
 - ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

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
解説編

人生の最終段階における医療の普及・啓発の
在り方に関する検討会
改訂 平成30年3月

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解説編

【平成19年版ガイドライン作成の経緯】

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容をとりまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】

平成27年3月には、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最期まで本人の生き方(=人生)を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行いました。

今回の改訂は、ガイドライン策定から約10年の歳月を経た平成30年3月には、近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP(アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス)の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」において、次の1)から3)までの観点から、文言変更や解釈の追加を行いました。

- 1) 本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること。
- 2) 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること。
- 3) 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること。

加えて、本ガイドラインについて、人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族等を支えるために活用するものであるという位置づけや、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要であることを改めて確認しました。

国に対しては、医療・介護従事者が、丁寧に本人・家族等の意思をくみ取り、関係者と共有する取組が進むよう、また年齢や心身の状態にかかわらず、家族等との繰り返しの話し合いを通じて本人の意思を確認しておくことの重要性が、広く国民、本人、医療・介護従事者に理解されるよう、改訂された本ガイドラインの普及を図ることを要望します。

【基本的な考え方】

- 1) このガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療・ケアにおいて重要なことです。
- 3) 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な本人の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく本人による意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4) 人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、本人の意思は変化しうるものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5) 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がますます重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めている場合は、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 6) 本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。
- 7) 本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 8) このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくことが必要です。

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

*注1 よりよい人生の最終段階における医療・ケアには、第一に十分な情報と説明（本人の心身の状態や社会的背景に鑑み、受ける医療・ケア、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等）を得たうえでの本人の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、人生の最終段階における医療・ケアとしての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

*注2 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関等の規模や人員によって変わり得るものです。一般的には、担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者というのが基本形ですが、例えばソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することも想定されます。また、在宅や施設においては、担当の医師と看護師のほか、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、ケアに関わる介護支援専門員、介護福祉士等の介護従事者のほか、他の関係者が加わることも想定されます。

*注3 医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要です。また、本人の意思は、時間の経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があることから、繰り返し話し合いを行うことが、本人の意思の尊重につながります。

- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

*注4 人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討がなされることとなります。

*注5 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療・介護従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療・介護従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも人生の最終段階の本人に対し医療・ケアを行う立場から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るため

のものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については、ガイドライン策定以降、このような側面から大きく報道されるような事態は生じていませんが、引き続き検討していく必要があります。

- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

*注6 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

*注7 人が人生の最終段階を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど、社会的側面に配慮する人やケアに関わる介護支援専門員などが参加することが望まれます。

- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

*注8 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。

そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

*注9 話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書として残しておくことが大切です。

*注10 よりよき人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、まず本人の意思が確認できる場合には本人の意思決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであること

とが望ましく、そのためのプロセスを経ること、また合意が得られた場合でも、本人の意思が変化しうることを踏まえ、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

*注11 話し合った内容については、文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等にに応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

*注12 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含みますし、複数人存在することも考えられます（このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です）。

*注13 本人の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がますます重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定め、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

*注14 家族等がない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

*注15 本人の意思が確認できない場合についても、本人の意思の推定や医療・ケアチームによる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

*注16 別途設置される話し合いの場は、あくまでも、本人、家族等、医療・ケアチームの間で、人生の最終段階における医療・ケアのためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。第三者である専門家からの検討・助言を受けて、あらためて本人、家族等、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。第三者である専門家とは、例えば、医療倫理に精通した専門家や、国が行う「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます。

○ 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）（抄）

新	旧
<p>1 (略)</p> <p>2 訪問看護計画書等の記載要領</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 訪問看護報告書に関する事項 訪問看護報告書の記載と先に主治医に提出した訪問看護計画書（当該計画書を指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）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>①～③ (略)</p> <p>④ 「看護の内容」の欄について (略)</p> <p>⑤～⑨ (略)</p> <p>⑩ 「作成者」の欄には氏名を記入するとともに、看護師又は保健師のうち該当する職種について○をつけること。</p> <p>⑪ 「（別添）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細」について</p> <p>イ 「利用者氏名」「日常生活自立度」及び「認知症高齢者の日常生活自立度」の欄には必要な事項を記入すること。</p> <p>ロ 「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」の欄には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った指定訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容について具体的に記入すること。</p> <p>ハ 「評価」の欄には、各項目について、主治医に報告する直近の利用者の状態について記入すること。</p> <p>ニ 「特記すべき事項」の欄には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護についてイからハまでの各欄の事項以外に主治医に報告する必要のある事項を記入すること。</p>	<p>1 (略)</p> <p>2 訪問看護計画書等の記載要領</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 訪問看護報告書に関する事項 訪問看護報告書の記載と先に主治医に提出した訪問看護計画書（当該計画書を指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）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>①～③ (略)</p> <p>④ 「看護・リハビリテーションの内容」の欄について (略)</p> <p>⑤～⑨ (略)</p> <p>⑩ 「作成者①②」の欄にはそれぞれ氏名を記入し、併せて看護師若しくは保健師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士のうちそれぞれ該当する職種について○をつけること。なお、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による指定訪問看護を提供した場合には、「作成者①②」の両方に記入すること。 (新設)</p>

<p>ホ 「作成者」の欄には氏名を記入するとともに、<u>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち該当する職種について○をつけること。</u></p> <p>(4) (略)</p> <p>3～5 (略)</p> <p>別紙様式1 (内容変更有)</p> <p>別紙様式2 (内容変更有)</p>	<p>(4) (略)</p> <p>3～5 (略)</p> <p>別紙様式1</p> <p>別紙様式2</p>
--	---

訪問看護計画書

利用者氏名		生年月日	年 月 日 ()歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所			
看護・リハビリテーションの目標			
年 月 日	問 題 点・ 解 決 策		評 価
衛生材料等が必要な処置の有無			有 ・ 無
処置の内容	衛生材料 (種類・サイズ) 等	必要量	
備考(特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等)			
作成者①	氏名：	職 種： 看護師・保健師	
作成者②	氏名：	職 種： 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳											
要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)											
住 所														
訪問日	年 月		年 月											
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31					29	30	31				
	訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。													
病状の経過														
看護の内容														
家庭での介護の状況														
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()													
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容													
特記すべき事項														
作成者	氏名：		職種： 看護師・保健師											

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

利用者氏名											
日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIIb	IIIa	IIIb	IV	M			
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容											
評価	項目		自立	一部介助	全介助	備考					
	活動	食 事	10	5	0						
		イスとベッド間の移乗	15	10 ←監視下							
			座れるが移れない→	5	0						
		整 容	5	0	0						
		トイレ動作	10	5	0						
		入 浴	5	0	0						
		平地歩行	15	10 ←歩行器等							
			車椅子操作が可能→	5	0						
		階段昇降	10	5	0						
		更 衣	10	5	0						
		排便コントロール	10	5	0						
		排尿コントロール	10	5	0						
		合計点					/100				
	コミュニケーション										
	参加	家庭内の役割									
		余暇活動 (内容及び頻度)									
		社会地域活動 (内容及び頻度)									
		終了後に行いたい 社会参加等の取組									
	看護職員との連携状況、 看護の視点からの利用者の 評価										
特記すべき事項											
作成者	氏 名 :				職 種 : 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士						

訪問看護記録書 I

No.1

利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳		
住 所		電話番号	() -		
看護師等氏名		訪問職種	保健師 ・ 看護師 ・ 准看護師 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士		
初回訪問年月日	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
主たる傷病名					
現 病 歴					
既 往 歴					
療 養 状 況					
介 護 状 況					
生 活 歴					
	氏 名	年 齢	続 柄	職 業	特記すべき事項
家族構成					
主な介護者					
住 環 境					

訪問看護記録書 I

No.2

訪問看護の 依頼目的											
要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)								
ADLの状況 該当するものに○	移動	食事	排泄	入浴	着替	整容	意思疎通				
自立											
一部介助											
全面介助											
その他											
日常生活自立度	寝たきり度		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	認知症の状況		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
主治医等	氏名										
	医療機関名										
	所在地										
	電話番号										
	緊急時の連絡先										
家族等の緊急時の連絡先											
介護支援専門員等	氏名										
	指定居宅介護支援事業所名										
	電話番号										
	緊急時の連絡先										
関係機関	連絡先				担当者			備考			
保健・福祉サービス等の利用状況											

訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名		看護師等氏名	
		訪問職種	保健師 ・ 看護師 ・ 准看護師 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士
訪問年月日	年 月 日 ()	時 分～	時 分
利用者の状態 (病状)			
実施した看護・リハビリテーションの内容			
その他			
備考			
次回の訪問予定日	年 月 日 ()	時 分～	

訪問診療等に使用する車両に係る駐車許可についてのご案内

訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションや訪問介護等に使用する車両が、訪問先に駐車場所がないために駐車禁止場所に駐車せざるを得ない場合、状況に応じて警察署長の駐車許可を受けることが可能となっております。

また、こうした業務の実情に鑑み、1つの駐車許可で、一定の期間、複数の場所に対応できるよう、手続の簡素化、柔軟化を図り、申請者の負担軽減に努めております。

なお、駐車許可は、都道府県警察及び警察署ごとに、地域住民等の意見要望や地域の交通実態等に応じて行っているものであり、必ずしも全ての場合に許可が行われるわけではありません。

詳しくは、管轄する都道府県警察本部又は警察署までお問合せください。

警察庁交通局 交通規制課