令和元年度
新規（更新）指定介護保険事業者研修

介 護 保 険 事 業 者
指定基準と報酬体系

（介護予防）訪問看護

和歌山県介護サービス指導室

目　　次

Ⅰ　訪問看護の概要

・訪問看護とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
・介護予防訪問看護とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
・介護保険と医療保険の調整・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２

Ⅱ　指定基準編

・総則
１　基準の性格・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
２　事業所指定の単位について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
３　指定居宅サービスと指定介護予防サービス等の一体的運営について・・・・３
４　指定訪問看護事業所の種類・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３

・人員、設備及び運営に関する基準
１　人員基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４
２　設備基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
３　運営基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６

Ⅲ　報酬編

１　訪問看護費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１７
２　算定に当たっての基本的事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１７
３　加算等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３１
４　その他留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５４

Ⅳ　資料

・実地指導自主点検調書
・介護給付費算定に係る体制等状況一覧
・訪問看護計画書及び訪問看護報告書（別紙様式１，別紙様式２）
・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
・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

Ⅰ　訪問看護の概要

【訪問看護とは】

介護保険法第８条第４項において、訪問看護は、「**居宅要介護者**〈注１〉（主治の医師がその治療の必要の程度につき**厚生労働省令で定める基準**〈注２〉に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において**看護師その他厚生労働省令で定める者**〈注３〉により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助」と規定されている。

〈注１〉**居宅要介護者とは**
要介護者であって、居宅において介護を受けるものをいう。
なお、居宅には次の施設における居室も含まれる。
（法第８条第２項、法施行規則第４条）。
・養護老人ホーム（老人福祉法第２０条の４）
・軽費老人ホーム（老人福祉法第２０条の６）
・有料老人ホーム（老人福祉法第２９条第１項）

〈注２〉**厚生労働省令で定める基準について**
病状が安定期にあり、居宅において看護師等〈注３〉が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を要すること
（法施行規則第６条、第２２条の５）。

〈注３〉**訪問看護（介護予防訪問看護）を行う者について**
次の有資格者である（法施行規則第７条、第２２条の６）。
・看護師、保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士

（基準省令・通知）

項目	略称	名称
人員 設備 運営	居宅基準	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）
	予防基準	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年厚生省令第３５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）

【介護予防訪問看護とは】

介護保険法第８条の２第４項において、介護予防訪問看護とは、「**居宅要支援者**〈注４〉（主治の医師がその治療の必要の程度につき**厚生労働省令で定める基準**〈注２〉に適合していると 認めたものに限る。）について、その者の居宅において、その**介護予防**〈注５〉を目的として、**看護師その他厚生労働省令で定める者**〈注３〉により、**厚生労働省令で定める期間**〈注６〉にわたり行われる療養上の世話又は必要な診療の補助」と規定されている。

〈注４〉**居宅要支援者とは**
要支援者であって、居宅において支援を受けるもの。なお、居宅には養護老人ホーム等の居室〈注１参照〉も含まれる。（法第８条の２第２項、法施行規則第４条）

〈注５〉**介護予防とは**
身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう。（法第８条の２第２項）

〈注６〉**「厚生労働省令で定める期間」とは**
居宅要支援者ごとに定める介護予防サービス計画において定めた期間（法施行規則第２２条の２）

【介護保険と医療保険の調整】

原則	要介護者等に対する訪問看護は介護保険による
例外	**以下に該当する場合は、医療保険による** ・末期がん、難病等（＊）の要介護者の場合 ・急性増悪等により主治医が頻回の訪問看護を行うよう指示した場合

＊　難病等の範囲
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，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以上かつ生活機能 障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)），多系統萎縮症（線条体黒質変性症，オリーブ橋小脳 萎縮症，シャイ・ドレーガー症候群），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，頸髄損傷の患者、人工呼吸器を装着している状態

Ⅱ　指定基準編

総　則

１　基準の性格

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基準を定めたものであり、事業者は常に事業の運営向上に努めなければならない。

２　事業者指定の単位について

事業者の指定は、原則としてサービス提供の拠点ごとに行う。

ただし、地域の実情等を踏まえ、サービス提供体制の面的な整備、効率的な事業実施の観点から本体の事業所とは別にサービス提供等を行う出張所等であって、次の要件を満たすものについては、一体的なサービス提供の単位として「事業所」に含めて指定することができる。なお、この取扱いについては、同一法人にのみ認められる。

① 利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。

② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事 業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制（例えば、当該出張所等の従業者が急 病等でサービスの提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣で きるような体制）にあること。

③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。

④ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められていること。

⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。

３　指定居宅サービスと指定介護予防サービス等の一体的運営について

訪問看護事業と介護予防訪問看護事業が、同一の事業所において一体的に運営されている場合、「人員基準」「設備基準」に関しては、訪問看護事業が基準を満たしていれば、介護予防訪問看護事業も基準を満たしているものとみなされる。

４　指定訪問看護事業所の種類

（１）　訪問看護ステーション

都道府県知事の指定を受ける必要がある。

介護保険の指定を受けた訪問看護ステーションは、健康保険法上の訪問看護事業者とみなされる（健康保険法第８９条第２項）

（２）病院又は診療所である指定訪問看護事業所（みなし指定事業所）

保険医療機関であれば、訪問看護事業者の指定があったものとみなされる（法第７１条、規則第１２７条）

訪問看護の人員、設備及び運営に関する基準

１　人員基準

【訪問看護ステーションの場合】

種　別	内　　容
管理者 （居宅基準第６１条）	**指定訪問看護ステーションごとに、専らその職務に従事する常勤の管理者を置く。** ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合（＊１）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。 指定訪問看護ステーションの管理者は、保健師又は看護師（＊２）でなければならない。 指定訪問看護ステーションの管理者は、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（＊３）でなければならない。 （＊１）次の場合で、訪問看護ステーションの管理業務に支障がないとき イ　当該訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合 ロ　当該指定訪問看護ステーションが健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合に、当該訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合 ハ　同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従事者としての職務に従事する場合（ただし、併設される入所施設における管理・看護業務との兼務は原則として不可。） （＊２）　保健師助産師看護師法第１４条第３項の規定による保健師又は看護師の業務の停止を命ぜられ、業務停止の期間終了後２年を経過しない者でないこと。 （＊３）医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験のある者である必要がある。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。
看護職員 （居宅基準第６０条）	事業所ごとに、**常勤換算方法で２．５人以上**の看護職員を置く。 看護職員のうち１名は、常勤でなければならない。 ＊看護職員とは、保健師、看護師又は准看護師。 ＊常勤換算方法とは $\frac{\text{当該事業所の総従業者の１週間の勤務延時間数}}{\text{当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数}}$ （３２時間を下回る場合は３２時間を基本とする。） ＊勤務延時間数にはサービス提供、準備、待機時間を含む。

	＊「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」 育児休業、介護休業等育児又は家族の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）第２３条第１項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を３０時間として取り扱うことを可能とする。
理学療法士等 （居宅基準第６０条）	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、実情に応じた適当数を配置（配置しないことも可能）。

【みなし指定事業所の場合】

種　別	内　　容
看護職員 （居宅基準第 60 条）	事業所ごとに、指定訪問看護に当たる看護職員を適当数おく。

■管理者

【Ｑ】訪問看護事業所の管理者として保健師及び看護師以外の者をあてはめることができる場合とは、具体的にはどのような場合か。

【Ａ】地域の事情等により、主に理学療法士等により訪問看護が行われ、管理者としてふさわしい保健師、看護師が確保できない等のやむを得ない理由はある場合には、過去の経歴等を勘案して指定訪問看護ステーションの管理者としてふさわしいと都道府県知事に認められた理学療法士等をあてることが考えられる。

（Q&A　H21.3.23）

■出張所の人員基準

【Ｑ】特別地域訪問看護加算を算定できる地域にある出張所を本拠地として訪問看護を行う従業者について、准看護士１人の配置でも差支えないか。

【Ａ】看護師等（准看護士を除く。以下同じ。）が訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成することになっているので、主たる事務所で訪問看護計画書等を作成する等の支援体制の下に実施されるのであれば差支えない。ただし、地理条件等を勘案し、そのような体制を敷くことが困難であるならば、看護師等が配置される必要がある。

（Q&A　H13.3.28）

２　設備基準

【訪問看護ステーションの場合】

事務室・・・居宅基準第６２条第１項

・　事業運営に必要な広さ（＊）の専用の事務室を設けること。

　ただし、訪問看護ステーションが他の事業の事業所を兼ねる場合は、必要な広さの専用の区画を有することで差し支えない。 この場合、区分されていなくても業務に支障がないときは、区画が明確に特定されていれば足りる。

＊利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保する。

設備・備品等・・・居宅基準第６２条第１項

・指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を確保すること。

・　特に、手指を洗浄するための設備等感染症予防に必要な設備等に配慮すること。

　ただし、他の事業所、施設等と同一敷地内にある場合にあって、指定訪問看護の事業又は当該他の事業所、施設等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所、施設等に備えられた設備及び備品等を使用することができる。

【みなし指定事業所の場合】

専用の区画・・・居宅基準第６２条第２項

・　事業運営に必要な専用の区画を設けること。 なお、業務に支障がないときは、事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りる。

設備・備品等・・・居宅基準第６２条第２項

・　指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を確保すること。

３　運営基準

（１）内容及び手続の説明及び同意（居宅基準第８条、第７４条）＜平成３０年度改定：変更＞

介護保険のサービスは、利用者及びその家族に十分な説明を行い、重要事項をわかりやすく記載した文書（重要事項説明書）を交付し、文書による同意を得た上でサービスを開始するのが原則である。

＊重要事項説明書に記載すべき事項

①運営規程の概要

（例：事業目的、運営方針、従業者の職種・員数・職務の内容、営業日・営業時間、通常の事業の実施地域、訪問看護の内容・利用料・その他の費用の額、緊急時等における対応方法等）

②看護師等の勤務体制

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

（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）

⑤その他（秘密保持など）

（解釈通知より）当該同意については、利用者及び事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましい。

（２）提供拒否の禁止（居宅基準第９条、第７４条）

正当な理由なくサービス提供を拒否してはならず、特に、要介護度や所得の多寡を理由に拒否してはならない。

（正当な理由の例）

① 事業所の現員では対応しきれない。

② 利用申込者の居住地が通常の事業の実施地域外である。

③ その他適切な訪問看護を提供することが困難である。

（３）サービス提供困難時の対応（居宅基準第６３条）

利用申込者の病状、当該指定訪問看護事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、自ら適切な指定訪問看護を提供することが困難であると認めた場合は、主治の医師及び居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者等を紹介する等の必要な措置を速やかに講じなければならない。

（４）受給資格等の確認（居宅基準第１１条、第74条）

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かめるものとする。 被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、その意見に配慮して、指定訪問看護を提供するように努めなければならない。

（５）要介護認定の申請に係る援助（居宅基準第１２条、第７４条）

指定訪問看護の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する３０日前にはなされるよう、必要な援助を行わなければならない。

（６）心身の状況等の把握（居宅基準第１３条、第７４条）

指定訪問看護の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催する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、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

（７）居宅介護支援事業者等との連携（居宅基準第６４条） **＜平成３０年度改定：変更＞**

指定訪問看護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者等その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。 指定訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

（８）法定代理サービスの提供を受けるための援助（居宅基準第１５条、第７４条）

指定訪問看護の提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則第６４条各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅 介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定訪問看護の提供を 法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行わなければならない。

（９）居宅サービス計画に沿ったサービスの提供（居宅基準第１６条、第７４条）

居宅サービス計画に沿った指定訪問看護を提供しなければならない。

（１０）居宅サービス計画等の変更の援助（居宅基準第１７条、第７４条）

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者への連絡その他の必要な援助を行わなければならない。

（１１）職員証等の携行（居宅基準第１８条、第７４条）

指定訪問看護事業者は、看護師等に職員証や名札等を携行させ、初回訪問時や利用者又は家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

職員証等の内容：事業所の名称、看護師等の氏名・職能の記載、写真の貼付等

（１２）サービス提供の記録（居宅基準第１９条、第７４条）

①　利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等への記載

訪問看護の提供日、内容、保険給付の額その他必要な事項を利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記載しなければならない。

②　提供した具体的なサービスの内容の記録

訪問看護の提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録すること。 利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

（１３）利用料等の受領（居宅基準第６６条）

①　利用者から受けることできる料金

ア　利用料（居宅介護サービス費の支給の対象となる費用に係る対価）

法定代理受領サービス　　介護報酬告示上の額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額

法定代理受領サービス以外　　介護報酬告示上の額

イ　通常の事業の実施地域以外で行う場合の交通費（移動に要する実費）

領収書の発行

サービス提供に要した費用につき、その支払いを受ける際には、領収証を交付しなければならない（介護保険法第４１条第８項、第５３条第７項）。領収証には、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額に係るもの（１割、２割又は３割の利用料）とその他の費用の額を区分して記載し、その他の費用の額については、それぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなければならない（法施行規則第６５ 条）。

また、所得税等の医療費控除の対象となる場合もあるため、医療費控除が受けられる領収証を作成する必要がある。

（「介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除等の取扱いについて」平成２８年１０月３日）

② 法定代理受領サービスに該当しない指定訪問看護の利用料

法定代理受領サービスに該当しない指定訪問看護を提供した際に、その利用者から支払いを受ける利用料の額と、指定訪問看護に係る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しなければならない。

※解釈通知より

（本規定は）利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、法定代理受領サービスでない指定訪問看護を提供した際に、その利用者から支払いを受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである指定訪問看護に係る費用の額の間に、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を設けてはならないこととしたものである。

なお、そもそも介護保険給付の対象となる指定訪問看護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えない。

イ 利用者に、当該事業が指定訪問看護事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。

ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が指定訪問看護事業所の運営規程とは別に定められていること。

ハ 会計が指定訪問看護の事業の会計と区分されていること。

（１４）保険給付の請求のための証明書の交付（居宅基準第２１条、第７４条）

法定代理受領サービスに該当しない指定訪問看護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定訪問看護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

（１５）指定訪問看護の基本取扱方針（居宅基準第６７条）

指定訪問看護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。 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。

（１６）指定訪問看護の具体的取扱方針（居宅基準第６８条）

① 指定訪問看護の提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び訪問看護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。

② 指定訪問看護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

③ 指定訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、これを行う。

④ 指定訪問看護の提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行う。

⑤ 特殊な看護等(※)については、これを行ってはならない。

※医学の立場を堅持し、広く一般に認められていない看護等については行ってならないこと。(課長通知)

（１７）主治医との関係（居宅基準第６９条）＜平成３０年度改定：変更＞

指定訪問看護事業所の管理者は、主治医の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をしなければならない。

指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、主治医による指示を文書で受けなければならない。

ただし、みなし指定事業所の場合は、主治医の診療記録で可。指定訪問看護事業者は、主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、指定訪問看護の提供に当たって主治医との密接な連携を図らなければならない。

ただし、みなし指定事業所の場合は、診療記録への記載で可。

＊訪問看護計画書及び訪問看護報告書　【解釈通知】

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、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保険医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Heal thcacr Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。

（１８）訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成（居宅基準第７０条）＜平成３０年度改定：変更＞

① 看護師等（准看護師を除く。）は、利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況等を踏まえて、次の内容を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。

ア　利用者の希望、主治医の指示

イ　看護の目標

ウ　当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等

② 護師等は、既に居宅サービス計画等が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って訪問看護計画書を作成しなければならない。

③ 看護師等は、訪問看護計画書の作成に当たっては、その主要な事項について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

④ 看護師等は、訪問看護計画書を作成した際には、当該訪問看護計画書を利用者に交付しなければならない。

⑤ 看護師等は、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成しなければならない。

⑥ 指定訪問看護事業所の管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。

※事業者は、主治医との連携を図り、適切な訪問看護を提供するため、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を定期的に主治医に提出しなければならない。

【解釈通知】

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

・看護師等は、訪問看護計画書の作成に当たっては、その内容及び理学療法士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説明した上で利用者の同意を得なければならず、また、当該訪問看護計画書を利用者に交付しなければならない。

・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問看護を提供している利用者については、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が提供する内容についても、一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が連携し作成すること。

【Ｑ】訪問看護計画書等については、新たに標準として様式が示されたが、平成 30 年 4 月以前より訪問看護を利用している者についても変更する必要があるのか。

【Ａ】新たに訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成するまでの間については、従来の様式を用いても差し支えないものとするが、不足している情報については速やかに追記するなどの対応をしていただきたい。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】指定訪問看護ステーションが主治医に提出する訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、書面又は電子的な方法により主治医に提出できるものとされたが、電子署名が行われていないメールや SNS を利用した訪問看護計画書等の提出は認められないということか。

【Ａ】貴見のとおりである。

（Q&A　H30.3.23）

＊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（抜粋）＜平成３０年度改定：変更＞

〇訪問看護計画書等の記載要領

（１）　訪問看護計画書及び訪問看護報告書の様式は、Ⅳ資料（別紙様式１及び別紙様式２）を標準として作成するものであること。

（２）訪問看護計画書に関する事項

①　「利用者氏名」「生年月日」「要介護認定の状況」及び「住所」の欄には必要な事項を記入すること。

②　「看護・リハビリテーションの目標」の欄について
主治の医師の指示、利用者の希望や心身の状況等を踏まえ、利用者の療養上の目標として、看護・リハビリテーションの目標を設定し、記入すること。

③　「年月日」の欄には訪問看護計画書の作成年月日及び計画の見直しを行った年月日を記入すること。

④　「問題点・解決策」及び「評価」の欄について
看護・リハビリテーションの目標を踏まえ、指定訪問看護を行う上での問題点及び解決策並びに評価を具体的に記入すること。なお、「評価」の欄については、初回の訪問看護サービス開始時においては、空欄であっても差し支えない。

⑤　「衛生材料等が必要な処置の有無」「処置の内容」「衛生材料等」及び「必要量」の欄について衛生材料等が必要になる処置の有無について〇をつけること。また、衛生材料等が必要になる処置がある場合、「処置の内容」及び「衛生材料等」について具体的に記入し、「必要量」については１ヶ月間に必要となる量を記入すること。

⑥　「備考」の欄には特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等を記載すること。

⑦　「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〇をつけること。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する場合には、「作成者①②」の両方に記入すること。

（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（平成十一年厚生省令第三十七号）第六十九条第四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こと。

①　「利用者氏名」「生年月日」「要介護認定の状況」及び「住所」の欄には必要な事項を記入すること。

②「訪問日」の欄について

イ　指定訪問看護を実施した年月日を記入すること。

ロ　定訪問看護を行った日に〇を印すこと。なお、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◇、急性増悪等により特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問した日には△、緊急時訪問を行った日は×印とすること。

③「病状の経過」の欄について

利用者の病状、日常生活動作（ＡＤＬ）の状況等について記入すること。

④「看護・リハビリテーションの内容」の欄について

実施した指定訪問看護の内容について具体的に記入すること。

⑤「家庭での介護の状況」の欄について

利用者の家族等の介護の実施状況、健康状態、療養環境等について必要に応じて記入すること。

⑥「衛生材料等の使用量および使用状況」の欄について

指定訪問看護における処置に使用した衛生材料等の名称、使用及び交換頻度、１ヶ月間における使用量を記入すること。

⑦「衛生材料等の種類・量の変更」の欄について

衛生材料等の変更の必要性の有無について〇をつけること。変更内容は、利用者の療養状況を踏まえた上で、処置に係る衛生材料等の種類・サイズ・量の変更が必要な場合に記入すること。必要量については、１ヶ月間に必要となる量を記入すること。

⑧「特記すべき事項」の欄について

前記の②～⑤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。

⑨　継続して指定訪問看護を提供している者のうち、当該月に１回しか指定訪問看護を実施しなかった場合には、⑷の①の記録書Ⅱの複写を報告書として差し支えないこと。

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〇をつけること。

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。

（４）訪問看護記録書に関する事項

①　各訪問看護ステーションにおいて、利用者毎に作成すること。主治医及び居宅介護支援事業所からの情報、初回訪問時に把握した基本的な情報等の記録書（以下、「記録書Ⅰ」という。）及び訪問毎に記入する記録書（以下、「記録書Ⅱ」という。）を整備し以下の事項について記入すること。

②　記録書Ⅰには、訪問看護の依頼目的、初回訪問年月日、主たる傷病名、現病歴、既往歴、療養状況、介護状況、生活歴、主治医等の情報、家族等の緊急時の連絡先、担当の介護支援専門員名、指定居宅介護支援事業所の連絡先、その他関係機関との連絡事項等を記入すること。

また、記録書Ⅱには、訪問年月日、病状・バイタルサイン、実施した看護・リハビリテーションの内容等必要な事項を記入すること。

なお、訪問看護記録書は電子媒体を活用しても差し支えないこと。

（１９）同居家族に対する訪問看護の禁止（居宅基準第７１条）

指定訪問看護事業者は、看護師等にその同居の家族である利用者に対する指定訪問看護の提供をさせてはならない。

（２０）利用者に関する市町村への通知（居宅基準第２６条、第７４条）

指定訪問看護事業者は、指定訪問看護を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

① 正当な理由なしに指定訪問看護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。

② 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

（２１）緊急時等の対応（居宅基準第７２条）

利用者に病状の急変等が生じた場合の必要な措置

ア　必要に応じて臨時応急の手当

イ　速やかに主治医への連絡を行い指示を求める等

（２２）管理者の責務（居宅基準第５２条、第７４条）

ア　従業者の管理、利用者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。

イ　従業者に運営基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

（２３）運営規程（居宅基準第７３条）

記載内容

① 事業の目的及び運営の方針

② 従業者の職種、員数及び職務の内容

③ 営業日及び営業時間

④ 指定訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額

⑤ 通常の事業の実施地域（客観的にその区域が特定されること）

⑥ 緊急時等における対応方法

⑦ その他運営に関する重要事項

（２４）勤務体制の確保等（居宅基準第３０条、第７４条）

①　原則として月ごとの勤務表を作成し、日々の勤務体制を明確にすること。

勤務表に記載すべき事項

①当該従業者の職種

②勤務時間数

③常勤・非常勤の別

② 当該指定訪問看護の看護師等によって、指定訪問看護を提供すること。
・看護師等は雇用契約その他の契約により、管理者の指揮命令下にあること。
・労働者派遣法に規定する派遣労働者であってはならない。
③ 護師等の資質向上のため、研修の機会を確保すること。

（２５）衛生管理等（居宅基準第３１条、第７４条）
① 訪問看護師等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。
② 指定訪問看護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

（２６）掲示（居宅基準第３２条、第７４条）
運営規程の概要、従業者の勤務体制その他の重要事項を、事業所内の見やすい場所に掲示しなければならない。

（２７）秘密保持等（居宅基準第３３条、第７４条）
① 従業者は、正当な理由なく、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らしてはならない。
② 事業者は、従業者が退職した後も、秘密保持を図るよう必要な措置を講じなければならない。
具体的には、従業者でなくなった後においても秘密を保持すべき旨を、従業者の雇用契約時に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなど。
③ サービス担当者会議等において、課題分析等のために利用者及びその家族の個人情報を 用いる場合には、あらかじめ文書による同意を得ておかなければならない。この同意は、 契約時に利用者及び家族から包括的な同意を得ておくことで足りる。

（２８）広告（居宅基準第３４条、第７４条）
広告の内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

（２９）居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止（居宅基準第３５条、第７４条）
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。

（３０）苦情処理（居宅基準第３６条、第７４条）
① 事業者は、提供したサービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等必要な措置を講じなければならない。
② 事業者は、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
③ 事業者は、提供したサービスに関し、介護保険法第２３条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
④ 事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善内容を市町村に報告しなければならない。

（３１）事故発生時の対応（居宅基準第３７条、第７４条）

① 市町村、家族、居宅介護支援事業者等への連絡

② 事故の状況及び事故に際して採った処置の記録、再発防止対策

③ 賠償すべき事故が発生した場合は、速やかな賠償

（３２）会計の区分（居宅基準第３８条、第７４条）

事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問看護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

（３３）記録の整備（基準条例第７８条）

次に掲げる記録を整備し、サービスを提供した日から**５年間**保存しなければならない。

① 訪問看護指示書
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 市町村への通知に係る記録
⑥ 苦情の内容等の記録
⑦ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

・訪問看護計画書、訪問看護報告書の標準様式は、Ｈ１２．３．３０老企第５５号で規定。

・訪問看護記録について（H12.3.30 老企第 55 号）

※利用者毎に作成

（基準告示・通知）

項　目	略　称	名　　称
介護報酬の算定	居宅算定基準	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）
	予防算定基準	指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生省告示第１２７号）
	居宅留意事項	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成１２年老企第３６号）
	予防留意事項	指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成１８年老計発第０３１７０００１号ほか）

Ⅲ　報酬編

１　訪問看護費　＜平成３０年度改定：変更＞

	（訪問看護）	（介護予防訪問看護）
イ　指定訪問看護ステーションの場合		
（１）所要時間２０分未満の場合	３１１単位	３００単位
（２）所要時間３０分未満の場合	４６７単位	４４８単位
（３）所要時間３０分以上１時間未満の場合	８１６単位	７８７単位
（４）所要時間１時間以上１時間３０分未満の場合	１．１１８単位	１，１８０単位
（５）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合（１回につき）	２９６単位	２８６単位
ロ　病院又は診療所の場合		
（１）所要時間２０分未満の場合	２６３単位	２５３単位
（２）所要時間３０分未満の場合	３９６単位	３７９単位
（３）所要時間３０分以上１時間未満の場合	５６９単位	５８４単位
（４）所要時間１時間以上１時間３０分未満の場合	８３６単位	８０７単位

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

２　算定に当たっての基本的事項

（１）算定の要件　＜平成３０年度改定：変更＞

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育費をいう。）に係る訪問看護の利用者を除く。）に対して、その主治の医師の指示（訪問看護ステーションにあっては、主治の医師の交付した文書による指示）及び訪問看護計画に基づき、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 訪問看護を行った場合に、所定単位数を算定する。

＊末期の悪性腫瘍の患者等の取り扱いについて　【留意事項】
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。

厚生労働大臣が定める疾病等（利用者等告示第４号）
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，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以上かつ生 活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)），多系統萎縮症（線条体黒質変性症，オリーブ 橋小脳萎縮症，シャイ・ドレーガー症候群），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，頸髄損傷の患者、人工呼吸器を装着している状態

＊「通院が困難な利用者」について　【留意事項】

① 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。

② 「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。

＊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　【留意事項】

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。

＊ 訪問看護指示の有効期間について　【留意事項】

訪問看護費は、訪問看護ステーションにあっては、主治の医師の判断に基づいて交付（２か所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護の場合は、各訪問看護ステーションごとに交付）された指示書の有効期間内（最長６ヶ月）に訪問看護を行った場合に算定する。なお、当該訪問看護に係る指示料は、介護老人保健施設からの退所時若しくは介護療養型医療施設からの退院時に係るものを除き、医療保険に請求すべきもの。

■訪問看護の回数制限

【Ｑ】医療保険の給付対象である訪問看護では、週３日の回数制限や２カ所以上のステーションから訪問看護を受けられない等の制限があるが、介護保険においてはこうした制限はあるか。

【Ａ】介護保険の給付対象となる訪問看護については、週あたりの訪問回数に特段の制限はなく、又、２カ所のステーションから訪問看護の提供を受けることも可能である。

（Q&A　H12.3.31）

■２ヵ所以上の事業所利用

【Ｑ】２ヶ所以上の訪問看護ステーションを利用する場合の医師の指示書について。
【Ａ】２ヶ所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護を利用する場合は、医師の指示書が各訪問看護ステーションごとに交付される必要がある。ただし、訪問看護指示料は１人１月１回の算定となる。

（Q&A　H12.3.31）

■訪問看護のみを利用している人の要介護認定

【Ｑ】第２号被保険者（特定疾病該当者）で訪問看護のみを希望した場合、要介護認定を受けずに医療保険の訪問看護を利用してよいか。あるいは要介護認定を受けた上で介護保険の訪問看護を利用すべきか。
【Ａ】要介護認定を受けていただくのが原則であるが、介護保険のサービス利用は申請主義であり、利用者本人が専ら医療保険のサービスしか利用しない場合には、必ずしも要介護認定を受けなければならないものではない。

【Ｑ】認定申請中において認定申請の取り下げができるというが具体的にどのような手 順となるのか。
【Ａ】認定申請の取り下げを希望する者は、市町村に対して、書面（任意様式）により取り下げを希望する旨を申し出る。当該申し出を受けた市町村は、当該者に対して被保険者証を返付すると共に、既に資格者証を交付している場合には資格者証の返還を求める。なお、居宅サービス計画の作成依頼に係る居宅介護支援事業者名等の届出が行われている場合には当該届出はなかったものとみなすことも必要となる。 居宅介護支援事業者や介護サービス事業者に対する認定申請を取り下げた旨の連絡は原則として取り下げを申し出た者が行うこととし、市町村はこの旨申し出を行った者に周知することが必要である。

（Q&A　H12.3.31）

（２）所用時間の捉え方

費用の算定は、訪問看護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訪問看護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定する。

ただし、イ（１）又はロ（１）の単位数については、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、所定単位数を算定する。

＊２０分未満の訪問看護費の算定について　【留意事項】

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、居宅サービス計画また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間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。

【留意事項】

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

そのため、次のような取扱いとして行うこと。

（１）　前回提供した訪問看護から概ね２時間未満の間隔で訪問看護を行う場合（２０分未満の訪問看護費を算定する場合及び利用者の状態の変化等により緊急の訪問看護を行う場合を除く。）は、それぞれの所要時間を合算するものとする。

（２）　１人の看護職員（保健師、看護師又は准看護師をいう。以下同じ。）が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を行った場合には、当該訪問看護の所要時間を合算することとする。なお、当該訪問看護の提供時間を合算した場合に、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。

（３）　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等が訪問看護を行う場合など）は職種ごとに算定できる。

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

【Ｑ】「所要時間２０分未満」の訪問看護で想定している看護行為は具体的にどのようなものか。

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

※ 平成１８年Q&A(vol.１)（平成１８年３月２２日）問１、問２ は削除する。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】１日に複数回の訪問看護を実施する場合、訪問看護終了後２時間以上経過していなければ必ず所要時間を合算するのか。

【Ａ】２０分未満の訪問看護と計画外で緊急に訪問看護を実施した場合は合算しない。また、おおむね2 時間としており、例えば計画上は、２時間後に訪問をする予定であったが、点滴注射等が早めに終了した等の理由で、若干時間に変動があった場合等は計画どおりの報酬を算定する。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】７０分の訪問を行った後、２時間以内に４０分の訪問を実施した場合はどのように報酬を算定するのか。

【Ａ】１時間以上１時間半未満の報酬を算定する。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】２０分未満の報酬を算定する場合は緊急時訪問看護加算も合わせて算定する必要があるのか。

【Ａ】緊急時訪問看護加算の体制の届出をしていることを要件としており、緊急時訪問看護加算を算定している必要はない。

（Q&A　H24.3.16）

（３）准看護師による訪問看護の場合　**＜平成３０年度改定：変更＞**

准看護師が訪問看護を行った場合は、**所定単位数の１００分の９０**に相当する単位数を算定する。

【留意事項】

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、作業療養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。

【Ｑ】訪問看護ステーションにおいて、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、理学療法士等が訪問する場合については理学療法士等の場合とあるが具体的にはどのように考えればよいか。

【Ａ】例えば、居宅サービス計画上、准看護師による３０分以上１時間未満の訪問看護を計画していたが、事業所の事情により准看護師の代わりに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が３０分の訪問看護を行った場合は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の１回の単位数を算定することになる。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】訪問看護ステーションにおいて、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、理学療法士等が訪問する場合については理学療法士等の場合とあるが具体的にはどのように考えればよいか。

【Ａ】例えば、居宅サービス計画上、准看護師による３０分以上１時間未満の訪問看護を計画していたが、事業所の事情により准看護師の代わりに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が３０分の訪問看護を行った場合は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の１回の単位数を算定することになる。

（Q&A　H30.3.23）

（４）理学療法士等による訪問看護の場合　＜平成３０年度改定：変更＞

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合、以下の所定単位数（２９６単位）を算定するが、**１日に３回以上訪問看護を行った場合は、１回につき所定単位数の１００分の９０を算定する。**

理学療法士等による訪問の場合　　**２９６単位／回**

【留意事項】

①　理学療法士、作業療養士又は言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させる位置づけのものである。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２３年法律第２０３号）の規定にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成９年法律第１３２号）第４２条第１項）に限る。

②　理学療法士等による訪問看護は、１回当たり２０分以上訪問看護を実施することし、１人の利用者につき週６回を限度として算定する。

③　理学療法士等による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養士、作業療養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、作業療養士若しくは言語聴覚士が連携し作成すること。また、主治医に提出する計画書及び報告書は理学療法士等が実施した内容も一体的に含むこととする。

④　複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、計画書及び報告書の作成にあたっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成する。

⑤　計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員によ訪問により利用者の状態の適切な評価を行う。

⑥　⑤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（歴月）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更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。

【Ｑ】理学療法士等の訪問については、訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の数を上回るような設定がなされてもよいのか。

【Ａ】リハビリテーションのニーズを有する利用者に対し、病院、老人保健施設等が地域に存在しないこと等により訪問リハビリテーションを適切に提供できず、その代替としての訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問が過半を占めることもあることから、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定もあり得る。

（Q&A　H21.3.23）

【Ｑ】理学療法士等による訪問看護は、１回の訪問看護につき１回分の報酬しか算定できないのか。

【Ａ】理学療法士等による訪問看護については、２０分以上を１回として、１度の訪問で複数回の実施が可能である。例えば、１度で４０分以上の訪問看護を行った場合は２回分の報酬を算定できる。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】理学療法士等による訪問看護は、１日に２回を超えて行う場合に１回につき９０/１００に相当する単位数を算定するとなっているが、何回行った場合に９０/１００に相当する単位数 を算定するのか。

【Ａ】１日に３回以上の訪問看護を行った場合に、１日の各訪問看護費の１００分の９０に 相当する単位数を算定する。

（例）１日の訪問看護が３回以上の場合の訪問看護費

１回単位数×（９０／１００）×３回

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】理学療法士等による訪問看護は、連続して３回以上訪問看護を行った場合だけでなく、午前中に２回、午後に１回行った場合にも９０/１００に相当する単位数を算定するのか。

【Ａ】１日に３回以上行う場合には、連続して行った場合に限らず、１日の各訪問看護費の１００分の９０に相当する単位数を算定する。　（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】複数の事業所の理学療法士等が１人の利用者に対して訪問看護を１日に合計し３回以上行った場合は、それぞれ９０/１００に相当する単位数を算定するのか。

【Ａ】それぞれ９０/１００に相当する単位数を算定する。

（Q&A　H24.4.25）

【Ｑ】理学療法士等が看護師等と一緒に利用者宅を訪問しサービスを提供した場合に、基本サービス費はいずれの職種の報酬を算定するのか。この場合、同時に複数名の看護師等が訪問看護を行った場合に係る加算を算定することは可能か。

【Ａ】基本サービス費は、主に訪問看護を提供するいずれかの職種に係る報酬を算定する。
また、同時に複数名が訪問看護を行った場合に係る加算の算定は可能である。なお、理学療法士等が主に訪問看護を行っている場合であっても、訪問看護の提供回数ではなく、複数名での訪問看護の提供時間に応じて加算を算定する。

（Q&A　H24.4.25）

【Ｑ】理学療養士等による訪問看護は、訪問看護事業所のうち訪問看護ステーションのみで行われ、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。）と理学療養士等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。

【Ａ】訪問看護ステーションの理学療養士等が訪問看護を行っている利用者の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。ただし、当該様式に準じたうえで、看護職員（準看護師を除く。）と理学療法士等で異なる様式により作成することは差し支えないが、この場合であっても他の職種により記載された様式の内容を踏まえ作成する必要がある。

なお、看護職員と理学療法士等との連携の具体的な方法等については、「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（平成２９年度厚生労働省老人保健健康増進等事業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ただきたい。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】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、訪問看護計画書及び訪問看護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とあるが、どのように連携すればよいか。

【Ａ】複数の訪問看護事業所により訪問看護が行われている場合については、それぞれの事業所で作成された計画書等の内容を共有するものとし、具体的には計画書等を相互に送付し共有する若しくはカンファレンス等において情報共有するなどが考えられるが、後者の場合にはその内容について記録に残すことが必要である。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】留意事項通知において、「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。」とされたが、看護職員による訪問についてどのように考えればよいか。

【Ａ】訪問看護サービスの「利用開始時」については、利用者の心身の状態等を評価する観点から、初回の訪問は理学療法士等の所属する訪問看護事業所の看護職員が行うことを原則とする。また、「定期的な看護職員による訪問」については、訪問看護指示書の有効期間が６月以内であることを踏まえ、少なくとも概ね３ヶ月に１回程度は当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うものとする。なお、当該事業所の看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ訪問看護費の算定までを求めるものではないが、訪問看護費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。　（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】平成３０年４月以前により理学療法士等による訪問看護を利用している者であって、かつ看護職員による訪問が概ね３ヶ月間に一度も訪問していない利用者について、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をする必要があるのか。

【Ａ】理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるものであることから、当該事業所の看護職員による訪問による評価がなされていない利用者については、速やかに当該事業所の看護職員の訪問により利用者の状態の適切な評価を要するものとする。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に看護職員の代わりに訪問される訪問者であること等を説明した上で利用者の同意を得ることとなったが、同意書の様式はあるのか。また、平成３０年４月以前より理学療法士等による訪問看護を利用している者について、同意を得る必要があるのか。

【Ａ】同意に係る様式等は定めておらず、方法は問わないが、口頭の場合には同意を得た旨を記録等に残す必要がある。また、すでに理学療法士等による訪問看護を利用している者についても、速やかに同意を得る必要がある。

（Q&A　H30.3.23）

（５）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訪問看護を行う場合

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（２，９３５単位）を算定**する。

ただし、准看護師が指定訪問看護を行った場合は、**所定単位数の１００分の９８**に相当する単位数を算定する。

また、保健師、看護師又は准看護師が利用者（要介護状態区分が要介護５である者に限る。）に対して指定訪問看護を行った場合**、１月につき８００単位を所定単位数に加算**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。

【留意事項】

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。

（１）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４において「日割り計算」という。）こととする。

（２）月の途中に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。

（３）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。

（４）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の状態（利用者等告示第４号を参照のこと。）となった場合は、その状態にある期間について日割り計算により算定する。

【Ｑ】定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携した場合の報酬を算定する場合、訪問看護で設定されている全ての加算ができるのか。

【Ａ】夜間又は早朝、深夜に訪問看護を行う場合の加算、複数名訪問加算、１時間３０分以上の訪問看護を行う場合の加算及び看護体制強化加算は算定できない。

※平成２４年度報酬改定Ｑ＆Ａ（vol.１）（平成２４年３月１６日）問２７は削除する。
※平成１２年度報酬改定Ｑ＆Ａ（vol.２）（平成１２年４月２８日）Ⅰ（１）③７は削除する。

（Q&A　H30.3.23）

（６）同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定訪問看護事業所と同一建物等に居住する利用者等に対して訪問看護を行う場合　＜平成３０年度改定：変更＞

指定訪問看護事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定訪問看護事業所と同一建物（以下この注において「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者又は指定訪問看護事業所における１月当たりの利用者が同一の建物に２０人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定訪問看護を行った場合は、**１回につき所定単位数の１００分の９０**に相当する単位数を算定し、指定訪問看護事業所における１月当たりの利用者が同一敷地内建物等に５０人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定訪問看護を行った場合は、**１回につき所定単位数の１００分の８５**に相当する単位数を算定する。

減算等の内容	算定要件
１０％減算	**①　事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く。）**
１５％減算	**②　上記の建物のうち、当該建物居住する利用者の人数が１月あたり５０人以上の場合**
１０％減算	**③　上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が１月あたり２０人以上の場合）**

＊同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは同一の建物等に居住する利用者に対する取扱い（訪問介護（下記①～⑤）と同様）　【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、当該指定訪問介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（当該指定訪問介護事業所と有料老人ホーム等が道路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、当該建物の一階部分に指定訪問介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　「当該指定訪問介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介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（歴月）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、当該指定訪問介護事業所が、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。）と一体的な運営をしている場合、第１号訪問事業（指定介護予防訪問看護）の利用者を含めて計算すること。

③　当該減算は、指定訪問介護事業所と建築物の位置関係により、効率的なサービス提供が可能であることを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。

（同一の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 指定訪問介護事業所の指定訪問介護事業所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介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。

※Ｑ＆Ａ等について改定版がない部分については、従来のものを使用しているため、読み替え等を行うこと

【Ｑ】集合住宅減算として、①指定訪問介護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物の利用者、②指定訪問介護事業所の利用者が２０人以上居住する建物の利用者について減算となるが、例えば、当該指定訪問介護事業所と同一建物に２０人以上の利用者がいる場合、①及び②のいずれの要件にも該当するものとして、減算割合は△２０％となるのか。

【Ａ】集合住宅減算は、①指定訪問介護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）の利用者又は②①以外の建物であって、当該指定訪問介護事業所における利用者が同一建物（建物の定義は①と同じ。）に２０人以上居住する建物の利用者について減算となるものであり、①と②は重複しないため、減算割合は△１０％である。

（Q&A　H27.4.1）

【Ｑ】集合住宅減算について、サービス提供事業所と建物を運営する法人がそれぞれ異なる法人である場合にはどのような取扱いとなるのか。

【Ａ】サービス提供事業所と建物を運営する法人が異なる場合も減算対象となる。

（Q&A　H27.4.1）

【Ｑ】集合住宅減算の対象となる「有料老人ホーム」とは、未届であっても実態が備わっていれば「有料老人ホーム」として取り扱うことでよいか。

【Ａ】貴見のとおり、老人福祉法（昭和３８年法律第１３３号）第２９条第１項に規定する有料老人ホームの要件に該当するものであれば、集合住宅減算の対象となる。算定月の実績で判断することとなる。

（Q&A　H27.4.1）

【Ｑ】月の途中に、集合住宅減算の適用を受ける建物に入居した又は当該建物から退居した場合、月の全てのサービス提供部分が減算の対象となるのか。

【Ａ】集合住宅減算については、利用者が減算対象となる建物に入居した日から退居した日までの間に受けたサービスについてのみ減算の対象となる。月の定額報酬であるサービスのうち、介護予防訪問介護費、夜間対応型訪問介護費（Ⅱ）及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護費については、利用者が減算対象となる建物に居住する月があるサービスに係る報酬（日割り計算が行われる場合は日割り後の額）について減算の対象となる。

　なお、夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）の基本夜間対応型訪問介護費については減算の対象とならない。また、（介護予防）小規模多機能型居宅介護費及び看護小規模多機能型居宅介護費については 利用者の居所に応じた基本報酬を算定する。

※平成２４年度報酬改定 Q&A（vol. １）（平成２４年３月１６日）訪問系サービス関係共通事項の問１は削除する。

（Q&A　H27.4.1）

【Ｑ】集合住宅減算について、「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」であっても「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」とされているが、具体的にはどのような範囲を想定しているのか。

【Ａ】　集合住宅減算は、訪問系サービス（居宅療養管理指導を除く）について、例えば、集合住宅の１階部分に事業所がある場合など、事業所と同一建物に居住する利用者を訪問する場合には、地域に点在する利用者を訪問する場合と比べて、移動等の労力（移動時間）が軽減されることから、このことを適正に評価するために行うものである。

従来の仕組みでは、事業所と集合住宅（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。以下同じ。）が一体的な建築物に限り減算対象としていたところである。

今般の見直しでは、事業所と同一建物の利用者を訪問する場合と同様の移動時間により訪問できるものについては同様に評価することとし、「同一敷地内にある別棟の集合住宅」、「隣接する敷地にある集合住宅」、「道路等を挟んで隣接する敷地にある集合住宅」のうち、事業所と同一建物の利 用者を訪問する場合と同様に移動時間が軽減されるものについては、新たに、減算対象とすることとしたものである。 このようなことから、例えば、以下のケースのように、事業所と同一建物の用者を訪問する場合とは移動時間が明らかに異なるものについては、減算対象とはならないものと考えている。

・広大な敷地に複数の建物が点在するもの（例えば、ＵＲ（独立行政法人都市再生機構）などの大規模団地や、敷地に沿って複数のバス停留所があるような規模の敷地）
・幹線道路や河川などにより、敷地が隔てられており、訪問するために迂回しなければならないもの

（Q&A　H27.4.1）

【Ｑ】「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」に該当するもの以外の集合住宅に居住する利用者に対し訪問する場合、利用者が１月あたり２０人以上の場合減算の対象となるが、算定月の前月の実績で減算の有無を判断することとなるのか。

【Ａ】算定月の実績で判断することとなる。

（Q&A　H27.4.1）

【Ｑ】「同一建物に居住する利用者が１月あたり２０人以上である場合の利用者数」とは、どのような者の数を指すのか。

【Ａ】この場合の利用者数とは、当該指定訪問介護事業所とサービス提供契約のある利用者のうち、該当する建物に居住する者の数をいう。（サービス提供契約はあるが、当該月において、訪問介護費の算定がなかった者を除く。）

（Q&A　H27.4.1）

３　加算等

（１）早朝・夜間・深夜加算

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である場合に、当該加算を算定する。

早朝	午前６時～午前８時	**２５／１００**
夜間	午後６時～午後１０時	**２５／１００**
深夜	午後１０時～午前６時	**５０／１００**

なお、利用時間が長時間である場合に、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。

（２）複数名訪問加算　＜平成３０年度改定：変更＞

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。

複数名訪問加算（Ⅰ）　≪新規≫

① 複数の看護師等が同時に所要時間３０分未満の指定訪問看護を行った場合　**２５４単位**

② 複数の看護師等が同時に所要時間３０分以上の指定訪問看護を行った場合　**４０２単位**

複数名訪問加算（Ⅱ）　≪新規≫

① 看護師等が看護補助者と同時に所要時間３０分未満の指定訪問看護を行った場合　**２０１単位**

② 看護師等が看護補助者と同時に所要時間３０分以上の指定訪問看護を行った場合　**３１７単位**

＊「看護師等」（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（第３の注１））

指定訪問看護事業所（指定居宅サービス基準第６０条第１項に規定する指定訪問看護事業所をいう。以下同じ。）の保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士

【厚生労働大臣が定める基準】（利用者等告示第５号）

同時に複数の看護師等により訪問看護が行うことについて、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

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

【留意事項】

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を含む。）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。

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。

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。

【Ｑ】複数名訪問加算は３０分未満と３０分以上で区分されているが、訪問時間全体のうち、複数の看護師が必要な時間で分けるのか。例えば、訪問看護（３０分以上１時間未満）のうち複数の看護師が必要な時間３０分未満だった場合はどちらを加算するのか。

【Ａ】１人目の看護師の訪問の時間によらず、２人目の看護師が必要な時間である３０分未満を加算する。

（Q&A　H21.3.23）

【Ｑ】訪問看護ステーションの理学療養士、作業療養士又は言語聴覚士が看護職員と一緒に利用者宅を訪問しサービスを提供した場合に、基本サービス費はいずれの職種の報酬を算定するのか。この場合、複数名訪問加算を算定することは可能か。

【Ａ】基本サービス費は、主に訪問看護を提供するいずれかの職種に係る報酬を算定する。また、訪問看護ステーションの理学療養士、作業療養士又は言語聴覚士と看護職員が一緒に訪問看護を行った場合、複数名訪問加算の要件を満たす場合、複数名訪問加算（Ⅰ）の算定が可能である。なお、訪問看護ステーションの理学療養士、作業療養士又は言語聴覚士が主に訪問看護を行っている場合であっても、訪問看護の提供回数ではなく、複数名での訪問看護の提供時間に応じて加算を算定する。

※平成２４年度報酬改定Q&A（vol.３）（平成２４年４月２５日）は削除する。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】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。

【Ａ】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。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】看護師等と同時に訪問する者に応じ、複数名訪問加算（Ⅰ）又は複数名訪問加算（Ⅱ）を算定することになるが、同一日及び同一月において併算することができるか。

【Ａ】それぞれ要件を満たしていれば同一日及び同一月において併算することは可能である。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】看護師等と同時に訪問する者に応じ、複数名訪問加算（Ⅰ）又は複数名訪問加算（Ⅱ）を算定することになるが、算定回数の上限はあるか。

【Ａ】それぞれの要件を満たしており、ケアプランに位置づけられていれば、算定回数の上限はない。

（Q&A　H30.3.23）

（３）特別管理加算

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、１月につき次に掲げる所定単位数を特別管理加算として加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

（１）　特別管理加算（Ⅰ）　**500 単位**

（２）　特別管理加算（Ⅱ）　**250 単位**

＊区分支給限度基準額の算定対象外

【厚生労働大臣が定める区分】（利用者等告示第７号）

（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

【厚生労働大臣が定める状態】（利用者等告示第６号）
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２０年厚生労働省告示第５９号）別表第１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

二　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】

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、ＮＰＵＡＰ（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）分類Ⅲ度若しくはⅣ度又はＤＥＳＩＧＮ分類（日本褥瘡学会によるもの）Ｄ３、Ｄ４若しくはＤ５に該当する状態をいう。

⑤　「真皮を超える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合には、定期的（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。

【Ｑ】ドレーンチューブを使用している場合は、特別管理加算を算定できないのか。

【Ａ】　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。なお、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となる。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】留置カテーテルが挿入されていれば、特別管理加算は算定できるのか。

【Ａ】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。なお、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となる。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】特別管理加算は１人の利用者につき１ヵ所の訪問看護事業所しか算定できないが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを利用する場合など訪問看護事業所以外の事業所であれば同一月に複数の事業所で特別管理加算を算定できるのか。

【Ａ】　訪問看護を利用中の者は、同時に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービスを利用することはできないため算定できない。

　ただし、月の途中で訪問看護の利用を中止し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスの利用を開始する場合等は当該月に複数のサービスを利用することになるが、このような場合であっても特別管理加 算は１人の利用者につき１事業所しか算定できないため、費用の分配方法については事業 所間の合議により決定されたい。なお、緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算、退院時共同指導加算（２回算定出来る場合を除く）についても同様の取扱いとなる。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】「真皮を超える褥瘡の状態にある者」の特別管理加算の算定要件として「定期的に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価を行い～（略）～実施したケアについて訪問看護記録書に記録すること」とあるが、記録について具体的な様式は定められているのか。

【Ａ】様式は定めていない。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】「点滴注射を週３回以上行う必要があると認められる状態」として、特別管理加算を算定する場合の医師の指示は在宅患者訪問点滴注射指示書であることが必要か

【Ａ】在宅患者訪問点滴注射指示書である必要はなく、医師の指示があることが分かれば通常の訪問看護指示書その他の様式であっても差し支えない。ただし、点滴注射の指示については７日毎に指示を受ける必要がある。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】予定では週３日以上の点滴注射指示が出ていたが、利用者の状態変化等により３日以上実施出来なかった場合は算定できるのか。

【Ａ】算定できない。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】「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」として、特別管理加算を算定する場合、週や月をまたがって週３ 日の要件を満たす場合はどのように取り扱うのか。

【Ａ】点滴注射を７日間の医師の指示期間に３日以上実施していれば算定可能である。例えば、４月２８日（土曜日）から５月４日（金曜日）までの７日間点滴を実施する指示が出た場合は、算定要件を満たす３日目の点滴を実施した４月に特別管理加算を算定する。加算は医師の指示期間につき１回算定できるが、月をまたいだ場合でも、４月、５月それぞれ回以上点滴を実施しても両月で特別管理加算を算定することはできない。なお、上記の場合、５月中に再度点滴注射の指示があり要件を満たす場合は、５月も算定可能となる。

（Q&A　H24.3.30）

【Ｑ】今回の改定において特別管理加算の対象者から、ドレーンチューブを使用している状態が削除されているが、ドレーンチューブを使用している状態にある利用者に訪問看護を行った場合に特別管理加算は算定できなくなったのか。

【Ａ】ドレーンチューブを使用している状態にある者は、留置カテーテルを使用している状態にある者に含まれるため、特別管理加算（Ⅰ）を算定することが可能である。

（Q&A　H24.4.25）

【Ｑ】経管栄養や中心静脈栄養の状態にある利用者については特別管理加算（Ⅰ）と特別管理加算（Ⅱ）のどちらを算定するのか。

【Ａ】経管栄養や中心静脈栄養の状態にある利用者は留置カテーテルを使用している状態にある者であるため、特別管理加算（Ⅰ）を算定する。

（Q&A　H24.4.25）

【Ｑ】特別管理加算の対象者のうち「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」とされているが、流動食を経鼻的に注入している者について算定できるか。
【Ａ】算定できる。

（Q&A　H15.5.30）

【Ｑ】特別管理加算を算定するためには、緊急時訪問看護加算を算定することが要件であるか。
【Ａ】特別管理加算の算定について、緊急時訪問看護加算は要件ではないが、特別管理加算 の対象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その他必要な体制を整備していることが望ましい。

（Q&A　H15.5.30）

【Ｑ】理学療法士等による訪問看護のみを利用する利用者について特別管理加算は算定できるか。
【Ａ】特別管理加算については、別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者に対して、当該状態に係る計画的な管理を行った場合に算定することとされており、訪問看護ステーションの理学療法士等によるリハビリテーションを中心とした訪問看護のみを利用する利用者については、そうした計画的な管理が行われているとは想定されないため、一般的には、当該加算は算定できない。

（Q&A　H15.5.30）

（４）長時間訪問看護加算　＜平成３０年度改定：変更＞

特別な管理を必要とする利用者（特別管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）が対象）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（訪問看護費イ（４）、ロ（４））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、当該指定訪問看護を通算した時間が１時間３０分以上となるときに算定。

長時間訪問看護加算　　３００単位／回

【留意事項】

① 「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」については「（３）特別管理加算」を参照のこと。

② 当該加算については、保健師又は看護師が行う場合であっても、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。

【Ｑ】ケアプラン上は１時間３０分未満の訪問看護の予定であったが、アクシデント等によりサービスの提供時間が１時間３０分を超えた場合は、長時間訪問看護加算として３００単位を加算してよいか。
【Ａ】長時間訪問看護加算は、ケアプラン上１時間３０分以上の訪問が位置付けられていなければ算定できない。

（Q&A　H21.4.17）

【Ｑ】長時間の訪問看護に要する費用については、１時間３０分を超える部分については、保険給付や１割負担とは別に､訪問看護ステーションで定めた利用料を徴収できることとなっているが、長時間訪問看護加算を算定する場合は、当該利用料を徴収できないものと考えるが、どうか。
【Ａ】貴見のとおり。

（Q&A　H21.4.17）

（５）緊急時訪問看護加算　＜平成３０年度改定：変更＞

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時間連絡体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合に、１月につき算定。

訪問看護ステーション：**５７４単位／月**　　病院・診療所：**３１５単位／月**
＊区分支給限度基準額の算定対象外

【留意事項】

① 指定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のほかに所定単位数を算定する旨を説明し、その同意を得て置くことが必要。
② 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。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 緊急時訪問を行った場合は、当該緊急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９０/１００）を算定。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、深夜加算を算定。
④ １人の利用者に対し、１カ所の事業所に限り算定できる。
⑤ 届出を受理した日から算定。

【Ｑ】緊急訪問看護加算における２４時間連絡体制の具体的な内容について
【Ａ】当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を経由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められない。
（Q&A　H15.5.30）

【Ｑ】訪問看護の緊急時訪問看護加算の算定要件について、特別管理加算を算定する状態の者が算定されており、特別管理加算の算定は個別の契約が必要なので、その契約が成立しない場合は緊急時訪問看護加算も算定できないのか。
【Ａ】緊急時訪問看護加算は、利用者又は家族等に対して２４時間連絡できる体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合、利用者の同意を得て算定するものであり、特別管理加算の算定の有無はその算定要件ではない。
（Q&A　H18.3.22）

（６）ターミナルケア加算　＜平成３０年度改定：変更＞

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（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。）は、ターミナルケア加算として、**当該者の死亡月につき２，０００単位を所定単位数に加算**する。

＊ 区分支給限度基準額の算定対象外
＊ 介護予防訪問看護費には、ターミナルケア加算の設定なし

【厚生労働大臣が定める基準】（厚生省告示第２５号第５号）
イ　ターミナルケアを受ける利用者のために２４時間連絡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。

【厚生労働大臣が定める状態】（利用者等告示第８号）
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、オリー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、慢性炎症性脱随性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、 頚髄損傷及び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。

【Ｑ】ターミナルケアの提供にあたり、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」等の内容を踏まえることが示されているが、当該ガイドライン以外にどのようなものが含まれるのか。

【Ａ】当該ガイドライン以外の例として、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン人工的水分・栄養補給の導入を中心として（日本老年医学会）（平成２３年度老人保健健康増進等事業）」等が挙げられるが、この留意事項通知の趣旨はガイドラインに記載されている内容等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、ターミナルケアを実施していただくことにあり、留意いただきたい。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】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とあるが、具体的にはどのようなことをすれば良いのか。

【Ａ】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ことが必要であり、サービス担当者会議等における情報共有等が想定される。例えば、訪問看護師と居宅介護支援事業者等との連携の具体的な方法等については、「訪問看護の情報共有・情報提供の手引き～質の高い看取りに向けて～」（平成２９年度厚生労働省老人保健健康増進等事業訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業（三菱 UFJ リサーチコンサルティング））等においても示されており、必要に応じて参考にしていただきたい。

（Q&A　H30.3.23）

【Ｑ】死亡月及び死亡日前１４日前に介護保険、医療保険でそれぞれ１回、合計２回ターミナルケアを実施した場合、ターミナルケア加算を算定すること。

【Ａ】算定できる。最後に実施した保険制度において算定すること。

※平成２１年Ｑ＆Ａ（vol.１）（平成２１年３月２３日）問４０は削除する。

（Q&A　H24.3.16）

【Ｑ】死亡前１４日以内に２回以上ターミナルをしていれば、医療機関に入院し２４時間以内に死亡した場合にもターミナル加算を算定できるということか。

【Ａ】ターミナルケアを実施中に、医療機関に搬送し、２４時間以内に死亡が確認された場合に算定できるものとする。

（Q&A　H21.4.17）

（７）特別地域訪問看護加算

「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所が訪問看護を行った場合に算定。

指定訪問看護ステーション、病院又・診療所の場合

１回につき所定単位数の１５／１００を加算

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月につき所定単位数の１５／１００を加算

※区分支給限度基準額の算定対象外

※当該加算の所定単位数には、緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まない。

【留意事項】

① 加算対象には、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算は含まれない。

② 本体の事業所が離島等以外に所在し、サテライト事業所（待機や道具の保管、着替え等を行う事業所等）が離島等に所在する場合、本体事業所を業務の本拠とする看護 師等による訪問看護は加算の対象とならず、サテライト事業所を業務の本拠とする看護師等による訪問看護は加算の対象となる。サテライト事業所のみが離島等に所在する場合には、当該サテライト事業所を本拠とする看護師等を明確にするとともに、当該サテライト事業所からの提供した具体的なサービスの内容等の記録を別に行い、管理すること。

（８）中山間地域等における小規模事業所加算

別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する事業所が訪問看護を行った場合に算定。

指定訪問看護ステーション、病院又・診療所の場合

１回につき所定単位数の１０／１００を加算

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月につき所定単位数の１０／１００を加算

※区分支給限度基準額の算定対象外。

※当該加算の所定単位数には、緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まない。

【施設基準】（厚生省告示第９７号４号）

１月当たり延訪問回数が１００回（介護予防の場合は、５回）以下の事業所

【留意事項】

① 延訪問回数は、前年度（毎年４月１日に始まり翌年３月３１日を持って終わる年度。ただし、３月は除く。）の１月当たりの平均延訪問回数。

② 前年度実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、直近３ヶ月における１月当たりの平均延訪問回数。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、４月目以降届出が可能となる。

③ 当該加算を算定する事業所は、その旨について利用者に事前に説明を行い、同意を得てサービスを行う必要があること。

（９）中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

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、 通常の実施地域を越えて、訪問看護を行った場合に算定。

指定訪問看護ステーション、病院又・診療所の場合

１回につき所定単位数の５／１００を加算

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月につき所定単位数の５／１００を加算

※区分支給限度基準額の算定対象外

※当該加算の所定単位数には、緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まない。

【留意事項】

当該加算を算定する利用者については、交通費（指定基準第６６条第３項）の支払を受けることはできない。

【Ｑ】月の途中において、転居等により中山間地域等かつ通常の実施地域内からそれ以外の地域（又はその逆）に居住地が変わった場合、実際に中山間地域等かつ通常の実施地域外に居住している期間のサービス提供分のみ加算の対象となるのか。あるいは、当該月の全てのサービス提供分が加算の対象となるのか。

【Ａ】該当期間のサービス提供分のみ加算の対象となる。

(Q&A　H21.3.23)

【Ｑ】特別地域加算（１５％）と中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算（５％）、又は、中山間地域等における小規模事業所加算（１０％）と中山間地域 等に居住するものへのサービス提供加算（５％）を同時に算定することは可能か。

【Ａ】特別地域加算対象地域又は中山間地域等における小規模事業所加算対象地域にある事業所が通常のサービス実施地域を越えて別の中山間地域等に居住する利用者にサービスを提供する場合にあっては、算定可能である。

(Q&A　H21.3.23)

(10) 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、初回若しくは初回の指定訪問看護を行った日の属する月に指定訪問看護を行った場合は、**１月につき所定単位数（３００単位）を加算**する。

【留意事項】

本加算は、利用者が過去２月間（歴月）において、当該訪問看護事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む。）の提供を受けていない場合であって新たに訪問看護計画書を作成した場合に算定する。

【Ｑ】一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に、別の訪問看護事業所において初回加算を算定できるのか。
【Ａ】 算定可能である。

(Q&A　H24.3.16)

【Ｑ】同一月に、２ヵ所の訪問看護事業所を新たに利用する場合、それぞれの訪問看護事業所で初回加算を算定できるのか。
【Ａ】算定できる。

(Q&A　H24.3.16)

【Ｑ】介護予防訪問看護を利用していた者が、要介護認定の更新等にともない一体的に運営している訪問看護事業所からサービス提供を受ける場合は、過去 2 月以内に介護予防訪問看護の利用がある場合でも初回加算は算定可能か。
【Ａ】算定できる。

(Q&A　H24.3.16)

＊訪問介護の初回加算と同様の取扱いであるため、平成２１年Ｑ＆Ａ（vol.１）問３３を参考にされたい。
※（問３３）初回加算を算定する場合を具体的に示されたい。
（答）初回加算は過去２月に当該指定訪問介護事業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合に算定されるが、この場合の「２月」とは歴月（月の初日から月の末日まで）によるものとする。
したがって、例えば、４月１５日に利用者に指定訪 問介護を行った場合、初回加算が算定できるのは、同年の２月１日以降に当該事 業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合となる。 また、次の点にも留意すること。
①初回加算は同一月内で複数の事業所が算定することも可能であること。
②一体的に運営している指定介護予防訪問介護事業所の利用実績は問わないこと
（介護予防訪問介護費の算定時においても同様である。）。

(11) 退院時共同指導加算　＜平成３０年度改定：変更＞

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ものに対して、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職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供することをいう。）を行った後に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回 の指定訪問看護を行った場合に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき１回（特別な管理を必要とする利用者については２回）に限り、**所定単位数（６００単位） を加算**する。ただし初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

【留意事項】

① 退院時共同指導加算は、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（利用者等告示第６号を参照のこと。）にある利用者について、複数日に退院時共同指導を行った場合には２回）に限り、当該加算 を算定できること。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こと。

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。

【Ｑ】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退院時共同指導加算を算定できるのか。

【Ａ】算定できない。退院時初回の訪問看護を行った月の同一月若しくは前月に退院時共同指導を実施した場合に算定できる。

（Q&A H23.3.16）

【Ｑ】退院時共同指導加算を２ヶ所の訪問看護ステーションで算定できるのか。

【Ａ】退院時共同指導加算は、１回の入院について１回に限り算定可能であるため、１ヶ所の訪問看護ステーションのみで算定できる。ただし、特別管理加算を算定している状態の利用者（１回の入院につき２回算定可能な利用者）について、２ヶ所の訪問看護ステーションがそれぞれ別の日に退院時共同指導を行った場合は、２ヶ所の訪問看護ステーションでそれぞれ１回ずつ退院時共同指導加算を算定することも可能である。

（Q&A H24.3.16）

【Ｑ】退院時共同指導加算は、退院又は退所１回につき１回に限り算定できることとされているが、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のか。

【Ａ】算定できる。ただし、例２の場合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回のみ算定できる。

（例１）退院時共同指導加算は２回算定できる

入院→退院時共同指導→退院→訪問看護の提供→再入院→退院時共同指導→訪問看護の実施

（例２）退院時共同指導加算は１回算定できる

入院→退院時共同指導→退院→再入院→退院時共同指導→訪問看護の実施

(Q&A　H24.3.16)

(12) 看護・介護職員連携強化加算

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及び介護福祉士法施行規則（昭和６２年厚生労働省令第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回に限り所定単位数（２５０単位）を加算**する。

※介護予防訪問看護費には、看護・介護職員連携強化加算の設定はなし。

【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 等に同行し、利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合、又は利用者 に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合に算定する。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。

【Ｑ】看護・介護職員連携強化加算は、訪問看護を実施していない月でも算定できるのか。
【Ａ】訪問看護費が算定されない月は算定できない。

(Q&A　H24.3.16)

【Ｑ】看護・介護職員連携強化加算は、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でも算定できるのか。
【Ａ】算定できない。

(Q&A　H24.3.16)

【Ｑ】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のか。
【Ａ】算定できる。ただし、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。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されたい。

(Q&A　H24.3.16)

【Ｑ】看護・介護職員連携強化加算を算定する場合は緊急時訪問看護加算を算定している必要があるのか。
【Ａ】緊急時の対応が可能であることを確認するために緊急時訪問看護加算の体制の届け出を行うことについては看護・介護職員連携強化加算の要件としており、緊急時訪問看護加算を算定している必要はない。

(Q&A　H24.3.30)

【Ｑ】利用者が月の途中で医療保険の訪問看護の対象となった場合は看護・介護職員連携強化加 算を算定できるのか。
【Ａ】介護保険の訪問看護の利用期間中に、介護職員と同行訪問又は会議を行った場合は算定できる。

(Q&A　H24.3.30)

(13) 看護体制強化加算　＜平成３０年度改定：変更＞

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所が、医療ニーズの高い利用者への指定訪問看護の提供体制を強化した場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

（１）看護体制強化加算（Ⅰ）　600 単位／月　≪新規≫

（２）看護体制強化加算（Ⅱ）　300 単位／月　≪新規≫

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

【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　看護体制強化加算（Ⅰ）（※予防訪問看護を除く。）

（１）算定日が属する月の前６月間において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が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、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が１００分の３０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、指定訪問看護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が５名以上であること。

ロ　看護体制強化加算（Ⅱ）（※予防訪問看護を含む。）

（１）イ⑴及び⑵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。

【留意事項】

①　大臣基準告示第９号イ（１）の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前６月間当たりの割合を算出すること。

ア　指定訪問看護事業所における緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数

イ　指定定訪問看護事業所における実利用者の総数

②　大臣基準告示第９号イ（２）の基準における利用者の割合については、以下のアに掲げる数をイに掲げる数で除して、算定日が属する月の前６月間当たりの割合を算出すること。

ア　指定訪問看護事業所における特別管理加算を算定した実利用者数

イ　指定訪問看護事業所における実利用者の総数

③　①及び②に規定する実利用者数は、前６月間において、当該事業所が提供する訪問看護を２回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を２回以上算定した者であっても、１として数えること。そのため、①及び②に規定する割合の算出において、利用者には、当該指定訪問看護事業所を現に利用していない者も含むことに留意すること。

④　看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該指定訪問看護事業所の看護師等が、当該加算の内容について利用者又はその家族への説明を行い、同意を得ること。

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、大臣基準イ（１）若しくはイ（２）の割合及びイ（３）若しくはロ（２）の人数について、継続的に所定の基準を維持しなければならない。なお、その割合及び人数については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合については、直ちに第一の５に規定する届出（加算廃止の届出）を提出しなければならないこと。

⑦　看護体制強化加算は、訪問看護事業所の利用者によって、（Ⅰ）又は（Ⅱ）を選択的に算定することができないものであり、当該訪問看護事業所においていずれか一方のみを選択し、届出を行う。

【Ｑ】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。

【Ａ】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。

(Q&A　H30.3.23)

【Ｑ】留意事項通知における「前６月間において、当該事業所が提供する訪問看護を２回以上利用した者又は当該事業所で当該加算を２回以上算定した者であっても、１として数えること」とは、例えば、１～６月にかけて継続して利用している利用者Ａは１人、１月に利用が終了した利用者Ｂも１人と数えるということで良いか。

【Ａ】貴見のとおりである。具体的には下表を参照のこと。

例）特別管理加算を算定した実利用者の割合の算出方法

【サービス提供状況】７月に看護体制強化加算を算定

〇：指定訪問看護の提供が１回以上あった月

◎：特別管理加算を算定した月

	１月	２月	３月	４月	５月	６月
利用者Ａ	〇	〇	〇	〇	〇	〇
利用者Ｂ	◎（Ⅰ）					
利用者Ｃ			〇	（入院等）	（入院等）	◎（Ⅱ）

【算出方法】

①　前６月間の実利用者の総数＝３

②　①のうち特別管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）を算定した実利用者数＝２

→①に占める②の割合　＝　２／３　≧　３０％・・・算定要件を満たす

※平成２７年度報酬改定Ｑ＆Ａ(vol.１)（平成２７年４月１日）問２３は削除する

(Q&A　H30.3.23)

【Ｑ】仮に、７月に算定を開始する場合、届出の内容及び期日はどうなるのか。

【Ａ】　看護体制強化加算の算定にあたっては「算定日が属する月の前６月間」において特別管理加算及び緊急時訪問看護加算を算定した実利用者の割合を算出する必要がある。

仮に、７月に算定を開始する場合は、６月１５日以前に届出を提出する必要があるため、６月分は見込みとして１月・２月・３月・４月・５月・６月の６月間の割合を算出することとなる。

なお、６月分を見込みとして届出を提出した後に、加算が算定されなくなる状況が生じた場合には、速やかにその旨を届出すること。

１月	２月	３月	４月	５月	６月	７月
実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	実績で割合を算出する	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	算定月

※平成２７年度報酬改定Ｑ＆Ａ(vol.１)（平成２７４月１日）問２４は削除する

(Q&A　H30.3.23)

【Ｑ】平成３０年３月時点で看護体制強化加算を届出しているが、平成３０年４月以降にも看護体制強化加算を算定する場合については、実利用者の割合の算出方法が変更になったことから、新たに届出が必要となるのか。

【Ａ】貴見のとおりである。新たな算出方法で計算したうえで改めて届出する必要がある。なお、３月分を見込みとして届出を提出した後に、新たに加算が算定されなくなる状況が生じた場合には、速やかにその旨を届出すること。

(Q&A　H30.3.23)

【Ｑ】１つの訪問看護事業所で看護体制強化加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を同時に届出することはできないが、例えば、加算(Ⅱ)を届出している事業所が、加算(Ⅰ)を新たに取る場合には、変更届の提出が必要ということでよいか。

【Ａ】貴見のとおりである。

(Q&A　H30.3.23)

【Ｑ】平成３０年４月から算定する場合には、平成２９年１０月からの実績を用いることになる。

【Ａ】貴見のとおりである。

(Q&A　H30.3.23)

(14) サービス提供体制強化加算

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事業所が、利用者に対し、訪問看護を行った場合、所定単位数に加算。

指定訪問看護ステーション、病院又・診療所の場合	**１回６単位**
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５０単位**

基準（厚生省告示第９５号１０号)】(「→」部分は【留意事項】)

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ 当該事業所のすべての看護師等（指定基準第６０条第１項）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。

→研修内容の全体像と研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、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。

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当該事業所における看護師等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。

→サービス提供に当たるすべての看護師等が参加すること（複数のグループ別開催も可)。

→開催状況の概要尾を記録すること。

→「定期的に」とは概ね１月に１回以上

→「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

ハ 当該事業所の全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的に実施すること。

→非常勤職員も含め、１年に１回以上、事業者の負担で実施（新たに加算を算定する場合においては、１年以内の実施が計画されていれば可）

二 当該事業所の看護師等の総数のうち、勤続年数３年以上である者の占める割合が１００分の３０以上であること。

→勤続年数とは、各月の前月末日時点における勤続年数をいう。具体的には、平成２１年４月における勤続年数３年以上の者とは、平成２１年３月３１日時点で勤続年数３年以上である者。

→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ける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。

→職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（３月を除く）の平均を用いる。ただし、前年度の実績が６月に満たない事業所（新たに事業 を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前 3 月 について、常勤換算方法により算出した平均による。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、４月目以降届出が可能となる。

→上記ただし書きの場合は、届出を行った月以降においても、直近３月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。
なお、その割合については、毎月記録し、所定の割合を下回った場合は、直ちに加算廃止の届出が必要。

【Ｑ】　特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算の要件のうち、定期的な健康診断の実施に係る要件の留意事項を示されたい。

【Ａ】　本要件においては、労働安全衛生法により定期的に健康診断を実施することが義務づけられた「常時使用する労働者」に該当しない看護師等を含めた、すべての看 護師等に対して、１年以内ごとに１回、定期的に医師による健康診断を、事業所の 負担により実施することとしている。

また、「常時使用する労働者」に該当しない看護師等に対する健康診断については、労働安全衛生法における取扱いと同様、看護師等が事業者の実施する健康診断を本人の都合で受診しない場合については、他の医師による健康診断（他の事業所が実施した健康診断を含む。）を受診し、その者が当該健康診断の結果を証明する 書面を提出したときは、健康診断の項目を省略できるほか、費用については本人負担としても差し支えない（この取扱いについては、高齢者の医療の確保に関する法律により保険者が行う特定健康診査については、同法第２１条により労働安全衛生 法における健康診断が優先されることが定められているが、「常時使用する労働者」に該当しない看護師等については、同条の適用はないことから、同様の取扱いとして差し支えない。

（Q&A　H21.3.23）

【Ｑ】産休や病欠している期間は含めないと考えるのか。

【Ａ】産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

（Q&A　H21.3.23）

【Ｑ】　同一法人内であれば、異なるサービスの事業所（施設）における勤続年数や異なる業種（直接処遇職種）における勤続年数も通算できるのか。さらに、事業所間の出向や事業の承継時にも通算できるのか。

また、理事長が同じであるなど同一グループの法人同士である場合にも通算できるのか。

【Ａ】　同一法人であれば、異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数については通算することができる。

また、事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合には、勤続年数を通算することができる。ただし、グループ法人については、たとえ理事長等が同じであったとしても、通算できない

（Q&A　H21.3.23）

【Ｑ】「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」こととされている平成２１年度の１年間及び平成２２年度以降の前年度の実績が６月に満たない事業所について、体制届出後に、算定要件を下回った場合はどう取扱うか。

【Ａ】　サービス提供体制強化加算に係る体制の届出に当たっては、老企第３６号等において以下のように規定されているところであり、これに従った取扱いとされたい。「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。」

具体的には、平成２１年４月に算定するためには、平成２０年１２月から平成２１年２月までの実績に基づいて３月に届出を行うが、その後平成２１年１月から３月までの実績が基準を下回っていた場合は、その事実が発生した日から加算の算定 は行わないこととなるため、平成２１年４月分の算定はできない取扱いとなる。

（Q&A　H21.3.23）

【Ｑ】特定事業所加算及びサービス提体制強化加算の要件のうち、定期的な健康診断の実施にかかる留意事項を示されたい。

【Ａ】　本要件においては、労働安全衛生法により定期的に健康診断を実施することが義務づけられた「常時使用する労働者」に該当しない看護師等を含めた、すべての看護師等に対して、１年以内ごとに１回、定期的に医師による健康診断を、事業所の負担により実施することとしている。

また、「常時使用する労働者」に該当しない看護師等に対する健康診断については、労働安全衛生法における取扱いと同様、看護師等が事業者の実施する健康診断を本人の都合で受診しない場合については、他の医師による健康診断（他の事業所が辞しした健康診断を含む。）を受診し、その者が当該健康診断の結果を証明する書面を提出したときは、健康診断の項目を省略できるほか、費用については本人負担としても差し支えない（この取扱いについては、高齢者の医療の確保に関する法律により保険者が行う特定健康診査については、同法第２１条により労働安全衛生法における健康診断が優先されることが定められているが、「常時使用する労働者」に該当しない看護師等については、同条の適用はないことから、同様の取扱いとして差し支えない。）。

（Q&A　H21.3.23）

４　その他留意事項

（１）届出を要する加算の算定開始時期等

毎月１５日以前に届出　→　翌月から

毎月１６日以降に届出　→　翌々月から

ただし、緊急時訪問看護加算については、届出が受理された日から算定。加算の要件を満たさなくなった場合は、その日から算定ができない。この場合は、速やかに届出を行う。

（２）短期入所生活介護等を受けている場合の取扱い（＝訪問看護費を算定しない場合）

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定期巡回・随時対応型訪問介護看護（一体型の場合）、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、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。

（３）施設入所日及び退所日等における訪問看護の取扱い

介護老人保健施設及び介護療養型医療施設を退所・退院した日については、厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第６号※特別管理を行う状態）にある利用者に限り、訪問看護費を算定できることとする。なお、短期入所療養介護のサービス終了日（退所・退院日）においても同様である。

入所（入院）当日については、当該入所（入院）前に利用する訪問看護費は別に算定できる。施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設サービス費の試行的退所を算定した場合には、訪問看護費は算定できない。

（４）同一時間帯に複数の訪問サービスを利用した場合の取扱い

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

例えば、家庭の浴槽で全身浴の介助をする場合に、適切なアセスメント（利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することをいう。）を通じて、利用者の心身の状況や介護の内容から同一時間帯に訪問看護を利用することが必要であると判断され、３０分以上１時間未満の訪問介護（身体介護中心の場合）と訪問看護（訪問看護ステーションの場合）を同一時間帯に利用した場合、**訪問介護については３８８単位、訪問看護については８１４単位**がそれぞれ算定されることとなる。

実地指導自主点検調書 （訪問看護･介護予防訪問看護）

事業所名　　記入担当者名　　記入日　平成　　年　　月　　日

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
人　員	管理者	常勤･専従の管理者を置いているか。	はい　・　いいえ	兼務の場合の職務内容	職務内容を記載	勤務表、勤務記録
		保健師又は看護師の資格を有しているか。	はい　・　いいえ	資格		資格証
		医療機関、訪問看護又は訪問指導等の業務に従事した経験を有しているか。	はい　・　いいえ	業務経験の内容		管理者経歴書
	看護師等	看護職員数は、常勤換算方法で2．5人以上か。【※実績で満たす必要あり】	はい　・　いいえ	常勤換算方法での員数	人	勤務表、勤務記録 資格証、雇用契約書等
		看護職員のうち1人以上は常勤職員であるか。	はい　・　いいえ			
設　備	設備及び備品等	事業運営に必要な広さの専用の区画を設けるほか、利用申込の受付、相談等に対応できるスペースが確保されているか。	はい　・　いいえ	相談スペースはプライバシー保護に配慮した構造となっているか。	いる　・　いない	現場確認
		訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか。	はい　・　いいえ	訪問看護提供に関する設備･備品等	設備･備品名を記載	
		感染症予防に必要な設備及び備品等が備えられているか。	はい　・　いいえ	滅菌器	あり　・　なし	
				使い捨て手袋	あり　・　なし	
				手指洗浄等に関する設備･備品等	設備･備品名を記載	
				給排水設備の箇所数	箇所	
運　営	サービス提供に係る説明及び同意	重要事項説明書等を交付して説明を行い、同意を得ているか。	はい　・　いいえ	①運営規程の概要	あり　・　なし	重要事項説明書
				②勤務体制	あり　・　なし	
				③事故発生時の対応	あり　・　なし	
				④苦情処理の体制	あり　・　なし	
				⑤第三者評価の実施状況	あり　・　なし	
		契約書は適正に締結されているか。	はい　・　いいえ	契約書に利用者の押印があるか。	あり　・　なし	契約書
		重要事項説明書と契約書は区分されているか。	はい　・　いいえ			重要事項説明書、契約書
	サービス提供拒否の禁止	正当な理由なくサービスの提供を拒んでいないか。	はい　・　いいえ	提供拒否時の理由	拒否理由を記載	利用申し込み受付簿等
	サービス提供困難時の対応	サービスの提供が困難な場合、主治医及び居宅介護支援事業者への連絡、他の事業者等の紹介その他必要な措置を速やかに講じているか。	はい　・　いいえ	他の事業者等への紹介方法	紹介方法を記載	紹介に関する記録等

指定基準	基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
受給資格等の確認	被保険者証により、被保険者資格、要介護認定の有無及びその有効期間を確認しているか。	はい　・　いいえ	確認内容の記録先	記録先を記載	確認内容の記録
要介護認定申請援助	サービスの提供の開始に際し、要介護認定等の申請が行われていない場合は、利用申込者の意思を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行っているか。	はい　・　いいえ	具体的な援助の方法	援助方法を記載	申請援助に関する記録
心身の状況等の把握	居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じ、利用者の状況等の把握に努めているか。	はい　・　いいえ	サービス担当者会議の参加状況	1．ほとんどの利用者について実施 2．一部の利用者について実施 3．ほとんど実施されていない	利用者状況把握に関する記録
職員証等の携行	看護師等に職員証や名札等を携行させ、初回訪問時や利用者等から求められたときに提示しているか。	はい　・　いいえ			職員証、名札等
サービスの提供記録	サービスの提供日及び内容、当該サービスに係る保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画の書面等に記載しているか。	はい　・　いいえ			サービス提供票、別表 サービス提供の記録
	提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しているか。	はい　・　いいえ			
利用料等の受領	サービスを提供した際、利用者負担として当該サービスに係る費用基準額の1割等を受領しているか。	はい　・　いいえ			サービス提供票、別表 領収証控
	通常の事業実施地域以外の居宅においてサービスを行う場合、それに要した交通費以外の支払を利用者から受けていないか。	はい　・　いいえ	通常の事業実施地域以外へのサービス提供に係る交通費を徴収するケースはあるか。	あり　・　なし	サービス提供票、別表 領収証控 車両運行日誌等
	医療材料費及び衛生材料費（薬剤費、ガーゼ代等）について、利用者から実費を徴収していないか。	はい　・　いいえ			領収証控等
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に該当しないサービスの利用料の支払いを受けた場合（利用者10割負担）は、「サービス提供証明書」を利用者に対して交付しているか。	はい　・　いいえ			サービス提供証明書控
主治医との関係	主治医からの指示書を受けているか。	はい　・　いいえ	指示書は整備されているか。	あり　・　なし	訪問看護指示書
			指示書の有効期間内に訪問しているか。	いる　・　いない	訪問看護指示書 サービス提供の記録

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
	訪問看護計画書の作成	看護師等（准看護師を除く）が作成しているか。	はい　・　いいえ			訪問看護指示書 居宅サービス計画書 訪問看護計画書
		利用者の心身の状況及び希望ならびに主治医の指示等を踏まえて、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を記載した訪問看護計画書を作成しているか。	はい　・　いいえ	看護・リハビリテーションの目標、訪問計画及びサービス内容等を記載しているか。	いる　・　いない	
		既に居宅サービス計画等が作成されている場合は、その計画に沿って作成されているか。	はい　・　いいえ	居宅介護支援事業所から居宅サービス計画書を受け取っているか。	いる　・　いない	
		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、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供する内容についても、一体的に含むものとし、看護職員と理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が連携し作成しているか。	はい　・　いいえ			
		訪問看護計画書の作成に当たって、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た上で、計画書を交付しているか。	はい　・　いいえ	訪問看護計画書に利用者の押印があるか。	あり　・　なし	
		定期的（月１回程度）に主治医に提出しているか。	はい　・　いいえ			
	訪問看護報告書の作成	看護師等（准看護師を除く）が作成しているか。	はい　・　いいえ			訪問看護指示書 訪問看護計画書 訪問看護報告書 サービス提供の記録
		訪問日や提供したサービスの内容等を記載した訪問看護報告書を作成しているか。	はい　・　いいえ			
		定期的（月１回程度）に主治医に提出しているか。	はい　・　いいえ			
	同居家族に対する訪問看護の禁止	看護師等にその同居の家族である利用者に対する訪問看護の提供をさせていないか。	はい　・　いいえ			訪問看護計画書 サービス利用票
	運営規程	事業所ごとに運営規程を定めているか。	はい　・　いいえ	下記の内容が定められているか。		運営規程
				①事業の目的及び運営の方針	あり　・　なし	
				②従業者の職種、員数及び職務の内容	あり　・　なし	
				③営業日及び営業時間	あり　・　なし	
				④指定訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額	あり　・　なし	
				⑤通常の事業の実施地域	あり　・　なし	
				⑥緊急時等における対応方法	あり　・　なし	
	勤務体制の確保等	看護師等の勤務体制を月ごとに定めているか。	はい　・　いいえ	必要事項（日々の勤務時間、職務内容、常勤・非常勤の別、兼務関係等）が記載されているか。	いる　・　いない	勤務表、雇用契約書等
		人権擁護推進員を任命しているか。	はい　・　いいえ	人権擁護推進員	職種　　氏名	任命に関する書類（辞令等）

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
			はい　・　いいえ	人権擁護に関する研修を年1回以上実施しているか。	いる　・　いない	研修計画、研修の記録等
		看護師等の資質向上のために、研修の機会を確保しているか。	はい　・　いいえ	内部研修の実施回数	直近1年間で　　回開催	研修の記録等
				実施記録	あり　・　なし	
				外部研修の参加人数	直近1年間で延べ　　人出席	
				参加記録	あり　・　なし	

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
	衛生管理等	看護師等の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行っているか。	はい　・　いいえ	健康診断の実施	あり　・　なし	健康診断の記録等
	掲示	事業所の見やすい場所に必要な事項が掲示されているか。	はい　・　いいえ	①運営規程の概要 ②従業者の勤務体制 ③利用料 ④事故発生時の対応 ⑤苦情処理の体制	あり　・　なし あり　・　なし あり　・　なし あり　・　なし あり　・　なし	現場確認
	秘密保持等	従業者の利用者等に係る秘密保持について、従業者の退職後も含め、必要な措置を講じているか。	はい　・　いいえ	就業時にどの書類で定めているか。	取り決め書類を記載	就業時の取り決め等の記録
		サービス担当者会議等において利用者等の個人情報を用いる場合の同意を文書にて得ているか。	はい　・　いいえ			利用者の同意書等
	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又はその従事者に対し、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対償として、金品その他の財産上の利益を供与していないか。	はい　・　いいえ	現時点での利用者を担当する居宅介護支援事業所の数	事業所	サービス提供票、別表
	苦情処理	苦情に対する措置が講じられているか。	はい　・　いいえ	苦情相談窓口があるか。 苦情処理体制が定められているか。 苦情処理記録が整備されているか。	あり　・　なし あり　・　なし あり　・　なし	苦情処理体制を定めた書類 苦情に関する記録
	事故発生時の対応	事故発生時における対応体制が整備されているか。	はい　・　いいえ	連絡体制が整備されているか。 事故記録が整備されているか。 再発防止策が講じられているか。 損害賠償保険に加入しているか。	あり　・　なし あり　・　なし あり　・　なし あり　・　なし	事故処理体制を定めた書類 事故に関する記録 損害賠償保険証書
	会計の区分	事業ごとに会計が区分されているか。	はい　・　いいえ			会計関係書類
	記録の整備	従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しているか。	はい　・　いいえ	・訪問看護指示書 ・訪問看護計画書 ・訪問看護報告書 ・サービス提供記録 ・市町村への通知に係る記録 ・苦情に係る記録 ・事故に係る記録		各種保存書類
		サービスを提供した日から5年間保存しているか。	はい　・　いいえ			
	介護サービス情報の公表制度	介護サービス情報の公表制度において、毎年報告の更新を行っているか。（対象事業所のみ）	はい　・　いいえ			公表中画面のコピー
介　護 報　酬	介護給付費の算定	訪問看護指示書の有効期間内に訪問看護を行っているか。	はい　・　いいえ			
		居宅サービス計画に基づいた提供日、提供時間であるか。	はい　・　いいえ			
		准看護師による訪問看護の場合、所定単位数の90/100に相当する単位数を算定しているか。	はい　・　いいえ			

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
		20分未満の訪問看護	あり　・　なし	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・指導を行っているか。	はい　・　いいえ	介護給付費明細書 サービス提供票、別表 サービス提供の記録 訪問看護指示書 居宅サービス計画書 訪問看護計画書
				居宅サービス計画又は訪問看護計画において、20分以上の訪問看護が週1回以上位置付けられているか。	はい　・　いいえ	
				緊急時訪問看護加算の届出をしているか。	はい　・　いいえ	
		理学療法士等の訪問	あり　・　なし	1回当たり20分以上の訪問看護を実施しているか。	はい　・　いいえ	
				1人の利用者に対して1日に3回以上訪問看護を行った場合、当該利用者に係るその日の訪問看護について、1回につき所定単位数の90%に相当する単位数を算定しているか。		
				1人の利用者につき週に6回を限度として算定しているか。		
				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養士、作業療養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しているか。	はい　・　いいえ	
				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、作業療養士若しくは言語聴覚士が連携し作成しているか。	はい　・　いいえ	
				主治医に提出する計画書及び報告書は理学療法士等が実施した内容も一体的に含んでいるか。	はい　・　いいえ	
				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しているか。	はい　・　いいえ	

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
				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（利用者が過去2月間（歴月）において当該訪問看護事業所から訪問看護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。）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（主治医からの訪問看護指示書の内容が変更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。）により利用者の状態の適切な評価を行っているか。	はい　・　いいえ	
	加算	早朝・夜間・深夜加算	あり　・　なし	居宅サービス計画上又は訪問看護計画上、サービス開始時刻が加算の対象となる時間帯にあり、当該時間帯に訪問看護を行っているか。（夜間：18時～22時、深夜：22時～6時、早朝：6時～8時）	はい　・　いいえ	【各加算共通確認書類】 介護給付費明細書 サービス提供票、別表 サービス提供の記録 訪問看護指示書 居宅サービス計画書 訪問看護計画書
		複数名訪問加算（Ⅰ）	あり　・　なし	複数の看護師等による訪問看護について利用者又は家族の同意があり、利用者の身体的理由や暴力行為等により、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であるか。	はい　・　いいえ	
				訪問を行うのは、両名とも看護師等であるか。	はい　・　いいえ	
		複数名訪問加算（Ⅱ）	あり　・　なし	複数の看護師等による訪問看護について利用者又は家族の同意があり、利用者の身体的理由や暴力行為等により、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であるか。	はい　・　いいえ	
				訪問看護を行う一人が看護師等であり、同時に訪問する一人が看護補助者（訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、看護業務の補助を行う者のこと。資格は問わないが、秘密保持や安全等の観点から、訪問看護事務所に雇用されている必要がある。）であるか。	はい　・　いいえ	
		長時間訪問看護加算	あり　・　なし	特別な管理を必要とする利用者（特別管理加算を算定する状態の者）であり、訪問看護の所要時間を通算した時間が1時間30分以上であるか。	はい　・　いいえ	

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
		緊急時訪問看護加算	あり　・　なし	24時間連絡できる体制及び必要に応じて緊急時訪問を行うことができる体制が整備されており、利用者又はその家族等に対して、同意を得ているか。	はい　・　いいえ	24時間連絡体制に関する書類 勤務表、勤務記録
				早朝・夜間・深夜の時間帯に緊急時訪問を行った場合、早朝・夜間・深夜加算を算定していないか。（1月以内の2回以上の緊急時訪問を除く。）	はい　・　いいえ	
				同月に医療保険の24時間連絡体制加算及び24時間対応体制加算を算定していないか。	はい　・　いいえ	

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
		特別管理加算	あり　・　なし	特別な管理を必要とする利用者（厚生労働大臣が定める状態）に対して、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行っているか。	はい　・　いいえ	24時間連絡体制に関する書類 勤務表、勤務記録
				同月に医療保険の特別管理加算を算定していないか。	はい　・　いいえ	
		ターミナルケア加算	あり　・　なし	24時間連絡できる体制及び必要に応じて訪問看護を行うことができる体制が整備されているか。	はい　・　いいえ	24時間連絡体制に関する書類 勤務表、勤務記録 訪問看護記録書
				主治医との連携の下、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家族に説明し、同意を得ているか。	はい　・　いいえ	
				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日以内に末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める状態にある者に対して訪問看護を行っている場合にあっては1日）以上ターミナルケアを行った場合（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。）に算定しているか。	はい　・　いいえ	
				次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録しているか。 ①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 ②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 ③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	はい　・　いいえ	
				同月に医療保険のターミナルケア加算等を算定していないか。	はい　・　いいえ	
				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しているか。	はい　・　いいえ	
				他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めているか。	はい　・　いいえ	

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
		看護体制強化加算（Ⅰ）	あり　・　なし	算定日が属する月の前6月において、訪問看護事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であるか。	はい　・　いいえ	別表実利用者数が確認できる書類
				算定日が属する月の前6月において、訪問看護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の30以上であるか。	はい　・　いいえ	
				算定日が属する月の前12月において、訪問看護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が5名以上であるか。。	はい　・　いいえ	
				加算を算定するにあたって、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に説明を行い、同意を得ているか。	はい　・　いいえ	
				当該訪問看護事業所において、看護体制強化加算（Ⅱ）を算定していないか。	はい　・　いいえ	
		看護体制強化加算（Ⅱ）	あり　・　なし	算定日が属する月の前6月において、訪問看護事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であるか。	はい　・　いいえ	
				算定日が属する月の前6月において、訪問看護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の30以上であるか。	はい　・　いいえ	
				算定日が属する月の前12月において、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名以上であるか。。	はい　・　いいえ	
				加算を算定するにあたって、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に説明を行い、同意を得ているか。		
				当該訪問看護事業所において、看護体制強化加算（Ⅰ）を算定していないか。	はい　・　いいえ	
		初回加算	あり　・　なし	利用者が過去2月間において、当該事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む。）の提供を受けていない場合であって、新たに訪問看護計画書を作成した場合に算定しているか。	はい　・　いいえ	

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
		退院時共同指導加算	あり　・　なし	病院、診療所又は介護老人保健施設に入院（入所）中の者が退院（退所）するに当たり、看護師等（准看護師を除く。）が、退院時共同指導を行った後に、当該者の退院（退所）後に初回の訪問看護を行った場合に算定しているか。	はい　・　いいえ	訪問看護記録書
				退院時共同指導の内容を文書により提供しているか。	はい　・　いいえ	
				利用者の退院（退所）につき1回（特別管理加算を算定する状態の利用者について、複数日に退院時共同指導を行った場合には2回）に限り算定しているか。	はい　・　いいえ	
				退院時共同指導を行った場合は、内容を訪問看護記録書に記録しているか。	はい　・　いいえ	
				当該加算を算定する場合、初回加算を算定していないか。	はい　・　いいえ	
				同月に医療保険の退院時共同指導加算を算定していないか。	はい　・　いいえ	
		看護・介護職員連携強化加算	あり　・　なし	看護職員が、訪問介護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行うとともに当該訪問介護員等に同行し、利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合、又は利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合に算定しているか。	はい　・　いいえ	24時間連絡体制に関する書類 勤務表、勤務記録 訪問看護記録書
				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しているか。	はい　・　いいえ	
				緊急時訪問看護加算の届出をしているか。	はい　・　いいえ	
				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しているか。	はい　・　いいえ	
				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、同行訪問を実施した場合に、当該加算及び訪問看護費を算定していないか。	はい　・　いいえ	

指定基準		基準の内容（指導項目）	適　否	確認事項		当日確認書類
		サービス提供体制強化加算	あり　・　なし	全ての看護師等ごとの個別研修計画を作成し、当該計画に従い、サービス従事者の資質向上のための、研修（外部における研修を含む）を実施しているか。	はい　・　いいえ	介護給付費明細書 サービス提供票、別表 研修計画、研修の記録 会議の記録 健康診断の記録等 雇用契約書、履歴書 勤務表、勤務記録 職員割合が確認できる書類
				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に開催しているか。	はい　・　いいえ	
				全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的に実施しているか。	はい　・　いいえ	
				看護師等の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が30％以上であるか。	はい　・　いいえ	
	減算	集合住宅に居住する利用者にサービス提供する場合の減算	あり　・　なし	事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内若しくは事業所と同一建物に居住する利用者に対し、訪問看護を行った場合、所定単位数の90％に相当する単位数を算定しているか。	はい　・　いいえ	介護給付費明細書 サービス提供票、別表 実利用者数が確認できる書類
				上記の建物のうち、当該建物等に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合、所定単位数の85％に相当する単位数を算定しているか。	はい　・　いいえ	
				上記以外の範囲に所定する建物に居住する者に対し、訪問看護を行った場合、所定単位数の90％に相当する単位数を算定しているか。（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）	はい　・　いいえ	
	医療保険との調整	医療保険の給付対象となる利用者に請求していないか。	はい　・　いいえ			訪問看護指示書

（別紙２）

受付番号	

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

年　　月　　日

和歌山県知事　　様

所在地
名　称　　印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号	

届出者	フリガナ 名　　称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市 （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称				
	主たる事業所・施設の所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名				
	管理者の住所	（郵便番号　　―　　） 県　　郡市			

届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定（許可）年月日	異動等の区分	異動（予定）年月日	異動項目（※変更の場合）
	指定居宅サービス	訪問介護			1新規　2変更　3終了		
		訪問入浴介護			1新規　2変更　3終了		
		訪問看護			1新規　2変更　3終了		
		訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			1新規　2変更　3終了		
		居宅療養管理指導			1新規　2変更　3終了		
		通所介護			1新規　2変更　3終了		
		通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			1新規　2変更　3終了		
		短期入所生活介護			1新規　2変更　3終了		
		短期入所療養介護			1新規　2変更　3終了		
		特定施設入居者生活介護			1新規　2変更　3終了		
		福祉用具貸与			1新規　2変更　3終了		
		介護予防訪問入浴介護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防訪問看護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			1新規　2変更　3終了		
		介護予防居宅療養管理指導			1新規　2変更　3終了		
		介護予防通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ			1新規　2変更　3終了		
		介護予防短期入所生活介護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防短期入所療養介護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防特定施設入居者生活介護			1新規　2変更　3終了		
		介護予防福祉用具貸与			1新規　2変更　3終了		
	施設	介護老人福祉施設			1新規　2変更　3終了		
		介護老人保健施設			1新規　2変更　3終了		
		介護療養型医療施設			1新規　2変更　3終了		
		介護医療院			1新規　2変更　3終了		

介護保険事業所番号			
医療機関コード等			

特記事項	変　更　前	変　更　後

関係書類	別添のとおり

備考1　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
2　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
3　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
4　「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
5　「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
6　「異動項目」欄には、(別紙1，1―2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目（施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引）を記載してください。
7　「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
8　「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他	該当する体制等	割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
11	訪問介護	年　月　日	1　身体介護 2　生活援助 3　通院等乗降介助		定期巡回・随時対応サービスに関する状況	1　定期巡回の指定を受けていない 2　定期巡回の指定を受けている 3　定期巡回の整備計画がある	1　なし　2　あり
					サービス提供責任者体制の減算	1　なし　2　あり	
					特定事業所加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ　5　加算Ⅳ	
					共生型サービスの提供（居宅介護事業所）	1　なし　2　あり	
					共生型サービスの提供（重度訪問介護事業所）	1　なし　2　あり	
					特別地域加算	1　なし　2　あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
12	訪問入浴介護	年　月　日			特別地域加算	1　なし　2　あり	1　なし　2　あり
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　3　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
13	訪問看護	年　月　日	1　訪問看護ステーション 2　病院又は診療所 3　定期巡回・随時対応サービス連携		特別地域加算	1　なし　2　あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	
					緊急時訪問看護加算	1　なし　2　あり	
					特別管理体制	1　対応不可　2　対応可	
					ターミナルケア体制	1　なし　2　あり	
					看護体制強化加算	1　なし　3　加算Ⅰ　2　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　2　イ及びロの場合　3　ハの場合	
14	訪問リハビリテーション	年　月　日	1　病院又は診療所 2　介護老人保健施設 3　介護医療院		特別地域加算	1　なし　2　あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	
					短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算	1　なし　2　あり	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝマネジメント加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ　5　加算Ⅳ	
					社会参加支援加算	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　2　あり	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
31	居宅療養管理指導	年　月　日			特別地域加算	1　なし　2　あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	
15	通所介護	年　月　日	4　通常規模型事業所 6　大規模型事業所（Ⅰ） 7　大規模型事業所（Ⅱ）		職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　看護職員　3　介護職員	1　なし　2　あり
					時間延長サービス体制	1　対応不可　2　対応可	
					共生型サービスの提供（生活介護事業所）	1　なし　2　あり	
					共生型サービスの提供（自立訓練事業所）	1　なし　2　あり	
					共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）	1　なし　2　あり	
					共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）	1　なし　2　あり	
					生活相談員配置等加算	1　なし　2　あり	
					入浴介助体制	1　なし　2　あり	
					中重度者ケア体制加算	1　なし　2　あり	
					生活機能向上連携加算	1　なし　2　あり	
					個別機能訓練体制Ⅰ	1　なし　2　あり	
					個別機能訓練体制Ⅱ	1　なし　2　あり	
					ADL維持等加算〔申出〕の有無	1　なし　2　あり	
					ADL維持等加算	1　なし　2　あり	
					認知症加算	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					栄養改善体制	1　なし　2　あり	
					口腔機能向上体制	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
16	通所リハビリテーション	年　月　日	4　通常規模の事業所(病院・診療所) 7　通常規模の事業所(介護老人保健施設) A　通常規模の事業所(介護医療院) 5　大規模の事業所(Ⅰ)(病院・診療所) 8　大規模の事業所(Ⅰ)(介護老人保健施設) B　大規模の事業所(Ⅰ)(介護医療院) 6　大規模の事業所(Ⅱ)(病院・診療所) 9　大規模の事業所(Ⅱ)(介護老人保健施設) C　大規模の事業所(Ⅱ)(介護医療院)		職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　言語聴覚士	
					時間延長サービス体制	1　対応不可　2　対応可	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制加算	1　なし　2　あり	
					入浴介助体制	1　なし　2　あり	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝマネジメント加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ　5　加算Ⅳ	
					短期集中個別ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算	1　なし　2　あり	
					認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					生活行為向上ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					栄養改善体制	1　なし　2　あり	
					口腔機能向上体制	1　なし　2　あり	
					中重度者ケア体制加算	1　なし　2　あり	
					社会参加支援加算	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　4　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ4　加算Ⅴ	
21	短期入所生活介護	年　月　日	1　単独型 2　併設型・空床型 3　単独型ユニット型 4　併設型・空床型ユニット型		夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	1　なし　2　あり
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　看護職員　3　介護職員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					共生型サービスの提供 （短期入所事業所）	1　なし　2　あり	
					生活相談員配置等加算	1　なし　2　あり	
					生活機能向上連携加算	1　なし　2　あり	
					機能訓練指導体制	1　なし　2　あり	
					個別機能訓練体制	1　なし　2　あり	
					看護体制加算Ⅰ又はⅢ	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅲ	
					看護体制加算Ⅱ又はⅣ	1　なし　2　加算Ⅱ　3　加算Ⅳ	
					医療連携強化加算	1　なし　2　あり	
					夜勤職員配置加算	1　なし　2　加算Ⅰ・加算Ⅱ　3　加算Ⅲ・加算Ⅳ	
					介護ロボットの導入	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算（単独型、併設型）	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					サービス提供体制強化加算（空床型）	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他	該当する体制等	割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
22	短期入所療養介護	年　月　日	1　介護老人保健施設（Ⅰ） 2　ユニット型介護老人保健施設（Ⅰ）	1　基本型 2　在宅強化型	夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　言語聴覚士	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					夜勤職員配置加算	1　なし　2　あり	
					認知症ケア加算	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					在宅復帰・在宅療養支援機能加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	5　介護老人保健施設（Ⅱ） 6　ユニット型介護老人保健施設（Ⅱ） 7　介護老人保健施設（Ⅲ） 8　ユニット型介護老人保健施設（Ⅲ）		夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　言語聴覚士	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					夜勤職員配置加算	1　なし　2　あり	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	1　言語聴覚療法　2　精神科作業療法　3　その他	
					認知症ケア加算	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					特別療養費加算項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導	
					療養体制維持特別加算Ⅰ	1　なし　2　あり	
					療養体制維持特別加算Ⅱ	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	9　介護老人保健施設（Ⅳ） A　ユニット型介護老人保健施設（Ⅳ）		夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　言語聴覚士	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					夜勤職員配置加算	1　なし　2　あり	
					認知症ケア加算	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）　　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通				地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
23　短期入所療養介護	年　月　日	1　病院療養型	2　Ⅰ型（療養機能強化型以外） 5　Ⅰ型（療養機能強化型Ａ） 6　Ⅰ型（療養機能強化型Ｂ） 3　Ⅱ型（療養機能強化型以外） 7　Ⅱ型（療養機能強化型） 4　Ⅲ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ　5　加算型Ⅳ 6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員	
				療養環境基準	1　基準型　2　減算型	
				医師の配置基準	1　基準　2　医療法施行規則第49条適用	
				若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
				送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
	年　月　日	6　ユニット型病院療養型	1　療養機能強化型以外 2　療養機能強化型Ａ 3　療養機能強化型Ｂ	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養環境基準	1　基準型　2　減算型	
				医師の配置基準	1　基準　2　医療法施行規則第49条適用	
				若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
				送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
	年　月　日	A　病院経過型 C　ユニット型病院経過型	2　Ⅰ型 3　Ⅱ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養環境基準	1　基準型　2　減算型	
				医師の配置基準	1　基準　2　医療法施行規則第49条適用	
				若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
				送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他	該当する体制等	割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
23	短期入所療養介護	年　月　日	2　診療所型	1　Ⅰ型（療養機能強化型以外） 3　Ⅰ型（療養機能強化型Ａ） 4　Ⅰ型（療養機能強化型Ｂ） 2　Ⅱ型	設備基準	1　基準型　2　減算型	
					食堂の有無	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	7　ユニット型診療所型	1　療養機能強化型以外 2　療養機能強化型Ａ 3　療養機能強化型Ｂ	ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					設備基準	1　基準型　2　減算型	
					食堂の有無	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	3　認知症疾患型 8　ユニット型認知症疾患型 B　認知症経過型	5　Ⅰ型 6　Ⅱ型 7　Ⅲ型 8　Ⅳ型 9　Ⅴ型	職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	1　精神科作業療法　2　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
2A	短期入所療養介護	年　月　日	1　Ⅰ型介護医療院	1　Ⅰ型（Ⅰ） 2　Ⅰ型（Ⅱ） 3　Ⅰ型（Ⅲ）	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	2　Ⅱ型介護医療院	1　Ⅱ型（Ⅰ） 2　Ⅱ型（Ⅱ） 3　Ⅱ型（Ⅲ）	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	3　特別介護医療院	1　Ⅰ型 2　Ⅱ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）　　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通				地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
2A　短期入所療養介護	年　月　日	4　ユニット型Ⅰ型介護医療院	1　Ⅰ型（Ⅰ） 2　Ⅰ型（Ⅱ）	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
				療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
				若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
				送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
	年　月　日	5　ユニット型Ⅱ型介護医療院		夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
				療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
				若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
				送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
	年　月　日	6　ユニット型特別介護医療院	1　Ⅰ型 2　Ⅱ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
				療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
				若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
				送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
33	特定施設入居者生活介護	年　月　日	1　有料老人ホーム（介護専用型） 2　軽費老人ホーム（介護専用型） 3　養護老人ホーム（介護専用型） 5　有料老人ホーム（混合型） 6　軽費老人ホーム（混合型） 7　養護老人ホーム（混合型）	1　一般型 2　外部サービス利用型	職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　看護職員　3　介護職員	1　なし　2　あり
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					入居継続支援加算	1　なし　2　あり	
					生活機能向上連携加算	1　なし　2　あり	
					個別機能訓練体制	1　なし　2　あり	
					夜間看護体制	1　対応不可　2　対応可	
					若年性認知症入居者受入加算	1　なし　2　あり	
					看取り介護加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　３加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　2　加算Ⅰイ　3　加算Ⅰロ　4　加算Ⅱ　5　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
27	特定施設入居者生活介護（短期利用型）	年　月　日	1　有料老人ホーム（介護専用型） 2　軽費老人ホーム（介護専用型） 5　有料老人ホーム（混合型） 6　軽費老人ホーム（混合型）		職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　看護職員　3　介護職員	1　なし　2　あり
					夜間看護体制	1　対応不可　2　対応可	
					若年性認知症入居者受入加算	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　2　加算Ⅰイ　3　加算Ⅰロ　4　加算Ⅱ　5　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
17	福祉用具貸与	年　月　日			特別地域加算	1　なし　2　あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	
51	介護福祉施設サービス	年　月　日	1　介護福祉施設 2　経過的小規模介護福祉施設 3　ユニット型介護福祉施設 4　ユニット型経過的小規模介護福祉施設		夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	1　なし　2　あり
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　看護職員　3　介護職員　4　介護支援専門員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					日常生活継続支援加算	1　なし　2　あり	
					看護体制加算Ⅰ	1　なし　2　あり	
					看護体制加算Ⅱ	1　なし　2　あり	
					夜勤職員配置加算	1　なし　2　加算Ⅰ・加算Ⅱ　3　加算Ⅲ・加算Ⅳ	
					介護ロボットの導入	1　なし　2　あり	
					準ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					生活機能向上連携加算	1　なし　2　あり	
					個別機能訓練体制	1　なし　2　あり	
					若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
					常勤専従医師配置	1　なし　2　あり	
					精神科医師定期的療養指導	1　なし　2　あり	
					障害者生活支援体制	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					配置医師緊急時対応加算	1　なし　2　あり	
					看取り介護体制	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					在宅・入所相互利用体制	1　対応不可　2　対応可	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					褥瘡マネジメント加算	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通				地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
52　介護保健施設サービス	年　月　日	1　介護保健施設（Ⅰ） 2　ユニット型介護保健施設（Ⅰ）	1　基本型 2　在宅強化型	夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　介護支援専門員　8　言語聴覚士	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
				夜勤職員配置加算	1　なし　2　あり	
				認知症ケア加算	1　なし　2　あり	
				若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
				在宅復帰・在宅療養支援機能加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				ターミナルケア体制	1　なし　2　あり	
				栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				褥瘡マネジメント加算	1　なし　2　あり	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
	年　月　日	5　介護保健施設（Ⅱ） 6　ユニット型介護保健施設（Ⅱ） 7　介護保健施設（Ⅲ） 8　ユニット型介護保健施設（Ⅲ）		夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　介護支援専門員　8　言語聴覚士	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
				夜勤職員配置加算	1　なし　2　あり	
				認知症ケア加算	1　なし　2　あり	
				若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
				ターミナルケア体制	1　なし　2　あり	
				特別療養費加算項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導	
				療養体制維持特別加算Ⅰ	1　なし　2　あり	
				療養体制維持特別加算Ⅱ	1　なし　2　あり	
				栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	1　ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ指導管理　2　言語聴覚療法　3　精神科作業療法 4　その他	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
	年　月　日	9　介護保健施設（Ⅳ） A　ユニット型介護保健施設（Ⅳ）		夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　介護支援専門員　8　言語聴覚士	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
				夜勤職員配置加算	1　なし　2　あり	
				認知症ケア加算	1　なし　2　あり	
				若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
				ターミナルケア体制	1　なし　2　あり	
				栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）　　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
53	介護療養施設サービス	年　月　日	1　病院療養型	2　Ⅰ型（療養機能強化型以外） 5　Ⅰ型（療養機能強化型Ａ） 6　Ⅰ型（療養機能強化型Ｂ） 3　Ⅱ型（療養機能強化型以外） 7　Ⅱ型（療養機能強化型） 4　Ⅲ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　5　加算型Ⅳ　6　減算型 7　加算型Ⅲ	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　介護支援専門員	
					入院患者に関する基準	1　基準型　2　減算型	
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					療養環境基準	1　基準型　2　減算型	
					医師の配置基準	1　基準　2　医療法施行規則第49条適用	
					若年性認知症患者受入加算	1　なし　2　あり	
					栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	6　ユニット型病院療養型	1　療養機能強化型以外 2　療養機能強化型Ａ 3　療養機能強化型Ｂ	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　5　加算型Ⅳ　6　減算型 7　加算型Ⅲ	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　介護支援専門員	
					入院患者に関する基準	1　基準型　2　減算型	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					療養環境基準	1　基準型　2　減算型	
					医師の配置基準	1　基準　2　医療法施行規則第49条適用	
					若年性認知症患者受入加算	1　なし　2　あり	
					栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）　　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通				地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
53 介護療養施設サービス	年　月　日	A　病院経過型 C　ユニット型病院経過型	2　Ⅰ型 3　Ⅱ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　5　加算型Ⅳ　6　減算型 7　加算型Ⅲ	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　介護支援専門員	
				入院患者に関する基準	1　基準型　2　減算型	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
				療養環境基準	1　基準型　2　減算型	
				医師の配置基準	1　基準　2　医療法施行規則第49条適用	
				若年性認知症患者受入加算	1　なし　2　あり	
				栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
				認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
	年　月　日	2　診療所型	1　Ⅰ型（療養機能強化型以外） 3　Ⅰ型（療養機能強化型Ａ） 4　Ⅰ型（療養機能強化型Ｂ） 2　Ⅱ型	入院患者に関する基準	1　基準型　2　減算型	
				身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
				設備基準	1　基準型　2　減算型	
				若年性認知症患者受入加算	1　なし　2　あり	
				栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
				認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
	年　月　日	7　ユニット型診療所型	1　療養機能強化型以外 2　療養機能強化型Ａ 3　療養機能強化型Ｂ	入院患者に関する基準	1　基準型　2　減算型	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
				設備基準	1　基準型　2　減算型	
				若年性認知症患者受入加算	1　なし　2　あり	
				栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
				認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
53	介護療養施設サービス	年　月　日	3　認知症疾患型 8　ユニット型認知症疾患型 B　認知症経過型	5　Ⅰ型 6　Ⅱ型 7　Ⅲ型 8　Ⅳ型 9　Ⅴ型	職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　介護支援専門員	
					入院患者に関する基準	1　基準型　2　減算型	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	1　精神科作業療法　2　その他	
					認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
55	介護医療院サービス	年　月　日	1　Ⅰ型介護医療院	1　Ⅰ型（Ⅰ） 2　Ⅰ型（Ⅱ） 3　Ⅰ型（Ⅲ）	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員 6　介護支援専門員	
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
					栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					移行定着支援加算	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	2　Ⅱ型介護医療院	1　Ⅱ型（Ⅰ） 2　Ⅱ型（Ⅱ） 3　Ⅱ型（Ⅲ）	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員 5　介護職員　6　介護支援専門員	
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
					栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					移行定着支援加算	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
55	介護医療院サービス	年　月　日	3　特別介護医療院	1　Ⅰ型 2　Ⅱ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員 6　介護支援専門員	
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
					栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	4　ユニット型Ⅰ型介護医療院	1　Ⅰ型（Ⅰ） 2　Ⅰ型（Ⅱ）	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員 5　介護職員　6　介護支援専門員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
					栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					移行定着支援加算	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他	該当する体制等	割引
各サービス共通				地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
55　介護医療院サービス	年　月　日	5　ユニット型Ⅱ型介護医療院		夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員 5　介護職員　6　介護支援専門員	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
				療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
				療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
				若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
				栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
				ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
				認知症短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				移行定着支援加算	1　なし　2　あり	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
	年　月　日	6　ユニット型特別介護医療院	1　Ⅰ型 2　Ⅱ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
				職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員 5　介護職員　6　介護支援専門員	
				ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
				身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
				療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
				療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
				若年性認知症入所者受入加算	1　なし　2　あり	
				栄養マネジメント体制	1　なし　2　あり	
				療養食加算	1　なし　2　あり	
				認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				重度認知症疾患療養体制加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
				サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
				介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１－２）　　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
62	介護予防訪問入浴介護	年　月　日			特別地域加算	1　なし　2　あり	1　なし　2　あり
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　3　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
63	介護予防訪問看護	年　月　日	1　訪問看護ステーション 2　病院又は診療所		特別地域加算	1　なし　2　あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	
					緊急時介護予防訪問看護加算	1　なし　2　あり	
					特別管理体制	1　対応不可　2　対応可	
					看護体制強化加算	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　2　あり	
64	介護予防訪問リハビリテーション	年　月　日	1　病院又は診療所 2　介護老人保健施設 3　介護医療院		特別地域加算	1　なし　2　あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算	1　なし　2　あり	
					事業所評価加算〔申出〕の有無	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　2　あり	
34	介護予防居宅療養管理指導	年　月　日			特別地域加算	1　なし　2　あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	

（別紙１－２）　　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
66	介護予防通所リハビリテーション	年　月　日	1　病院又は診療所 2　介護老人保健施設 3　介護医療院		職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　言語聴覚士	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝマネジメント加算	1　なし　2　あり	
					生活行為向上ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					運動器機能向上体制	1　なし　2　あり	
					栄養改善体制	1　なし　2　あり	
					口腔機能向上体制	1　なし　2　あり	
					選択的サービス複数実施加算	1　なし　2　あり	
					事業所評価加算〔申出〕の有無	1　なし　2　あり	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　4　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
24	介護予防短期入所生活介護	年　月　日	1　単独型 2　併設型・空床型 3　単独型ユニット型 4　併設型・空床型ユニット型		夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	1　なし　2　あり
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　看護職員　3　介護職員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					共生型サービスの提供 （短期入所事業所）	1　なし　2　あり	
					生活相談員配置等加算	1　なし　2　あり	
					生活機能向上連携加算	1　なし　2　あり	
					機能訓練指導体制	1　なし　2　あり	
					個別機能訓練体制	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算（単独型、併設型）	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					サービス提供体制強化加算（空床型）	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１－２）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他	該当する体制等	割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
25	介護予防短期入所療養介護	年　月　日	1　介護老人保健施設（Ⅰ） 2　ユニット型介護老人保健施設（Ⅰ）	1　基本型 2　在宅強化型	夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　言語聴覚士	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					夜勤職員配置加算	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					在宅復帰・在宅療養支援機能加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	5　介護老人保健施設（Ⅱ） 6　ユニット型介護老人保健施設（Ⅱ） 7　介護老人保健施設（Ⅲ） 8　ユニット型介護老人保健施設（Ⅲ）		夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　言語聴覚士	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					夜勤職員配置加算	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					特別療養費加算項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導	
					療養体制維持特別加算Ⅰ	1　なし　2　あり	
					療養体制維持特別加算Ⅱ	1　なし　2　あり	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	1　言語聴覚療法　2　精神科作業療法　3　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	9　介護老人保健施設（Ⅳ） A　ユニット型介護老人保健施設（Ⅳ）		夜間勤務条件基準	1　基準型　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員　5　理学療法士 6　作業療法士　7　言語聴覚士	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					夜勤職員配置加算	1　なし　2　あり	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１－２）　　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
26	介護予防短期入所療養介護	年　月　日	1　病院療養型	2　Ⅰ型（療養機能強化型以外） 5　Ⅰ型（療養機能強化型Ａ） 6　Ⅰ型（療養機能強化型Ｂ） 3　Ⅱ型（療養機能強化型以外） 7　Ⅱ型（療養機能強化型） 4　Ⅲ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員	
					療養環境基準	1　基準型　2　減算型	
					医師の配置基準	1　基準　2　医療法施行規則第49条適用	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	6　ユニット型病院療養型	1　療養機能強化型以外 2　療養機能強化型Ａ 3　療養機能強化型Ｂ	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養環境基準	1　基準型　2　減算型	
					医師の配置基準	1　基準　2　医療法施行規則第49条適用	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	A　病院経過型 C　ユニット型病院経過型	2　Ⅰ型 3　Ⅱ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養環境基準	1　基準型　2　減算型	
					医師の配置基準	1　基準　2　医療法施行規則第49条適用	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１－２）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他	該当する体制等	割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
26	介護予防短期入所療養介護	年　月　日	2　診療所型	1　Ⅰ型（療養機能強化型以外） 3　Ⅰ型（療養機能強化型Ａ） 4　Ⅰ型（療養機能強化型Ｂ） 2　Ⅱ型	設備基準	1　基準型　2　減算型	
					食堂の有無	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法 5　精神科作業療法　6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	7　ユニット型診療所型	1　療養機能強化型以外 2　療養機能強化型Ａ 3　療養機能強化型Ｂ	ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					設備基準	1　基準型　2　減算型	
					食堂の有無	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特定診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法 5　精神科作業療法　6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	3　認知症疾患型 8　ユニット型認知症疾患型 B　認知症経過型	5　Ⅰ型 6　Ⅱ型 7　Ⅲ型 8　Ⅳ型 9　Ⅴ型	職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　看護職員　4　介護職員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	1　精神科作業療法　2　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１－２）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
2B	介護予防短期入所療養介護	年　月　日	1　Ⅰ型介護医療院	1　Ⅰ型（Ⅰ） 2　Ⅰ型（Ⅱ） 3　Ⅰ型（Ⅲ）	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	2　Ⅱ型介護医療院	1　Ⅱ型（Ⅰ） 2　Ⅱ型（Ⅱ） 3　Ⅱ型（Ⅲ）	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	3　特別介護医療院	1　Ⅰ型 2　Ⅱ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１－２）　　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等		割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
2B	介護予防短期入所療養介護	年　月　日	4　ユニット型Ⅰ型介護医療院	1　Ⅰ型（Ⅰ） 2　Ⅰ型（Ⅱ）	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	5　ユニット型Ⅱ型介護医療院		夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					特別診療費項目	1　重症皮膚潰瘍管理指導　2　薬剤管理指導 3　集団コミュニケーション療法	
					ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ提供体制	2　理学療法Ⅰ　3　作業療法　4　言語聴覚療法　5　精神科作業療法 6　その他	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
		年　月　日	6　ユニット型特別介護医療院	1　Ⅰ型 2　Ⅱ型	夜間勤務条件基準	1　基準型　2　加算型Ⅰ　3　加算型Ⅱ　7　加算型Ⅲ 5　加算型Ⅳ　6　減算型	
					職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　医師　3　薬剤師　4　看護職員　5　介護職員	
					ユニットケア体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養環境基準（廊下）	1　基準型　2　減算型	
					療養環境基準（療養室）	1　基準型　2　減算型	
					若年性認知症利用者受入加算	1　なし　2　あり	
					送迎体制	1　対応不可　2　対応可	
					療養食加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　5　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ　4　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	

（別紙１－２）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

記入担当者氏名	（電話番号）	事業所名		事業所番号	

※実施するサービスに関して〇を付け、全ての項目に対し該当する番号に〇を付けてください。

提供サービス		適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他	該当する体制等	割引
各サービス共通					地域区分	1　１級地　6　２級地　7　３級地　2　４級地　3　５級地 4　６級地　9　７級地　5　その他	
35	介護予防特定施設入居者生活介護	年　月　日	1　有料老人ホーム 2　軽費老人ホーム 3　養護老人ホーム	1　一般型 2　外部サービス利用型	職員の欠員による減算の状況	1　なし　2　看護職員　3　介護職員	1　なし　2　あり
					身体拘束廃止取組の有無	1　減算型　2　基準型	
					生活機能向上連携加算	1　なし　2　あり	
					個別機能訓練体制	1　なし　2　あり	
					若年性認知症入居者受入加算	1　なし　2　あり	
					認知症専門ケア加算	1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ	
					サービス提供体制強化加算	1　なし　2　加算Ⅰイ　3　加算Ⅰロ　4　加算Ⅱ　5　加算Ⅲ	
					介護職員処遇改善加算	1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ 4　加算Ⅴ	
67	介護予防福祉用具貸与	年　月　日			特別地域加算	1　なし　2　あり	
					中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1　非該当　2　該当	
					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）	1　非該当　2　該当	

<table>
<tr><th>サービス種類</th><th>届　出　の　種　類</th><th>添　　付　　書　　類</th></tr>
<tr><td rowspan="7">訪問看護</td><td>施設等の区分
・定期巡回・随時対応サービス連携</td><td>・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）</td></tr>
<tr><td>特別地域加算</td><td>【添付書類不要】</td></tr>
<tr><td>中山間地域等における小規模事業所加算</td><td>・中山間地域等における小規模事業所加算に係る算出表（参考様式３）</td></tr>
<tr><td>緊急時訪問看護加算</td><td rowspan="3">・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（別紙８－１）
・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－１）
※届出日前一月のもの。
※２４時間連絡体制を整備していることがわかるように、記載例を参考に記載してください。</td></tr>
<tr><td>特別管理体制加算</td></tr>
<tr><td>ターミナルケア体制加算</td></tr>
<tr><td>看護体制強化加算</td><td>【訪問看護事業所】
・看護体制強化加算に係る届出書（訪問看護事業所）（別紙８－２）
・算定要件算出表（訪問看護事業所用）
【介護予防訪問看護事業所】
・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）（別紙８－３）
・算定要件算出表（介護予防訪問看護事業所用）</td></tr>
<tr><td>サービス提供体制強化加算</td><td>・サービス提供体制強化加算に関する届出書（（介護予防）訪問看護事業所）（別紙１２－２）
・人材要件に係る算出表（訪問看護）（参考様式２２）
・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－１）
※届出日前一月のもの。
・実務経験証明書（参考様式５）
・研修計画
・会議の開催状況の記録又は開催計画
・健康診断等の実施記録又は実施計画</td></tr>
</table>

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。

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 家族等がい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、家族等の役割がいっそう重要になります。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になります。

＊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、社会的な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応じて、このプロセスを繰り返し行う。

③　家族等がい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いっそう重要になります。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　家族等がい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。

別紙様式１

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　　印

殿

別紙様式２

訪問看護報告書

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			
訪問日	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 26 27 28 29 30 31 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 26 27 28 29 30 31 訪問日を〇で囲むこと。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・リハビリテーションの内容			
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 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　　印

殿

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

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

<table>
<tr><td rowspan="2">利用者氏名</td><td rowspan="2"></td><td>看護師等氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>訪問職種</td><td>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</td></tr>
<tr><td>訪問年月日</td><td colspan="3">年　月　日（　）　時　分～　時　分</td></tr>
<tr><td colspan="4">利用者の状態（病状）</td></tr>
<tr><td colspan="4">実施した看護・リハビリテーションの内容</td></tr>
<tr><td colspan="4">その他</td></tr>
<tr><td colspan="4">備考</td></tr>
<tr><td>次回の訪問予定日</td><td colspan="3">年　月　日（　）　時　分～</td></tr>
</table>

平成29年度老人保健健康増進等事業

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あり方に関する調査研究事業

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

平成 30 年３月

一般社団法人全国訪問看護事業協会

はじめに

我が国では、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの整備が進められています。

重度な要介護状態となっても、一人ひとりがその個別性に応じた日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割を果たすことができ、生きがいや自己実現をもった生活をおくることができるように在宅療養者を支えることは、医療と生活の両側面からアプローチすることができる訪問看護の使命であるともいえます。

住み慣れた地域で自分らしく、生きがいや役割をもって生活できる地域の実現を目指すためには、生活機能の低下した高齢者に対して、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるという視点を踏まえた訪問看護の提供が重要です。現在、訪問看護ステーションには、看護職員だけではなく、理学療法士や作業療法士・言語聴覚士も数多く在籍していますが、理学療法士等による訪問看護については、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員による訪問を代替するものとして位置づけられています。理学療法士等による訪問を行う訪問看護ステーションの割合は近年増加傾向にありますが、そのなかで看護職員と理学療法士等が連携を図り、利用者の状況に応じた訪問看護サービスの提供にあたることが重要視されています。

そこで、当協会では、平成 29 年度老人保健健康増進等事業「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あり方に関する調査研究事業」の一環として、訪問看護事業所で行われる訪問看護の一環としてのリハビリテーションにおいて、看護職員と理学療法士等との連携の実態を調査し、効果的な連携のポイント、計画の立て方、評価の方法等、看護職員と理学療法士等のよりよい連携のための参考となるように、本冊子を作成しました。

地域の様々な現場のみなさんに活用されることを期待しています。

一般社団法人全国訪問看護事業協会

理事長　伊藤　雅治

■ 目 次 ■

はじめに

Ⅰ　本手引きについて……2
　１．本手引きの背景……2
　２．本手引きの目的……3
　３．本手引きの位置付け（本手引きが想定する活用場面、読んでいただきたい方）……3

Ⅱ　訪問看護における看護職員と理学療法士等の連携のあり方……4
　１．訪問看護事業所が提供する訪問看護……4
　２．理学療法士等による訪問看護の位置づけ……4
　３．看護職員と理学療法士等との包括的なアセスメントの重要性……5
　４．看護職員と理学療法士等による連携の効果……6

Ⅲ　訪問看護における看護職員と理学療法士等の各ステップにおける連携のポイント……7
　１．理想的な連携プロセス……7
　２．各ステップにおける連携のポイント……8
　　STEP０：訪問看護の利用開始まで……8
　　❇理学療法士等の訪問について、利用者の同意を得ましょう……13
　　STEP１：訪問看護計画書の一体的な作成……14
　　STEP２：看護職員と理学療法士等による情報共有……15
　　STEP３：定期的評価の実施・報告書の作成……19
　　番 外 編：日頃からの連携の取組み……20

Ⅳ　連携のモデル例……21
　モデル１　同一の訪問看護事業所内に所属する看護職員と理学療法士等の連携のモデル例……21
　モデル２　他の訪問看護事業所内に所属する看護職員と理学療法士等の連携のモデル例……22

Ⅴ　様式集……24
　訪問看護計画書……24
　訪問看護計画書【記載例】……25
　訪問看護報告書……26
　訪問看護報告書【記載例】……27

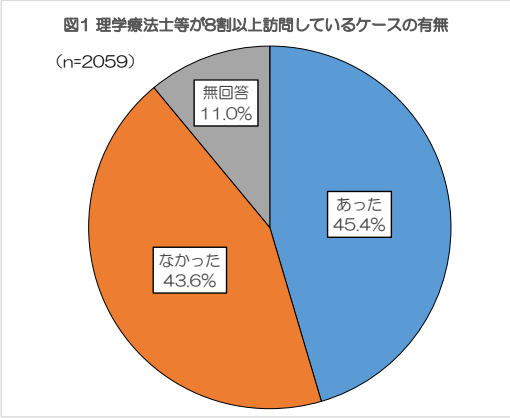
Ⅰ 本手引きについて

1．本手引きの背景

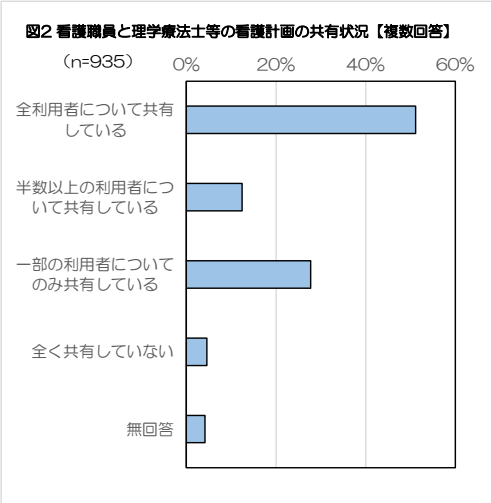
全国の訪問看護事業所は約 10,100 か所にのぼります（介護給付費等実態調査 平成 28 年４月審査分）。特に訪問看護ステーション数の近年の増加が著しく、直近５年では 1.4 倍に増加し、訪問看護の利用者数は平成 28 年で約 42 万人に達したところです。

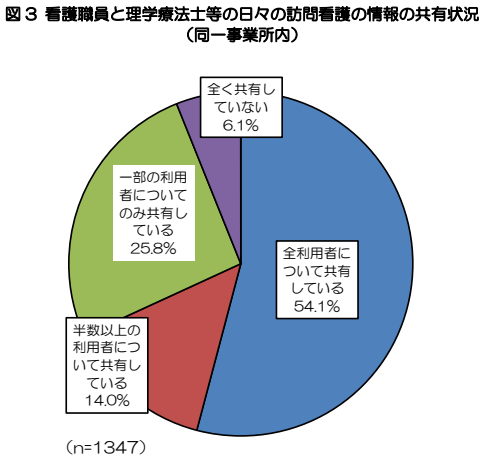
このような中、訪問看護ステーションにおける理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下「理学療法士等」という）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、保健師、看護師、准看護師（以下「看護職員」という）の代わりに訪問させるものであるという位置づけとされていますが、この割合は平成 21 年頃より増加傾向にあり、現在では訪問看護単位数の３割以上を占めるに至っています。

本事業において実施した実態調査※においても、１か月の全訪問回数のうち８割以上を理学療法士等が提供したケースが「あった」と回答した事業所は半数近くに及び（**図 1**）、これらの事業所のうち、看護職員と理学療法士等の双方が訪問看護計画を「全く共有していない」と回答した事業所は約 5%ありました（**図 2**）。また、理学療法士等による訪問看護を提供している事業所において、看護職員と理学療法士等が利用者の日々の訪問看護の情報を「全く共有していない」と回答した事業所も約 6%を占めました（**図３**）。



これらの調査結果から、理学療法士等による訪問看護を提供する一部の事業所において、看護職員と理学療法士等との連携が十分に図られていないという実態が明らかになりました。





2．本手引きの目的

前述の現状・課題等を踏まえ、理学療法士等による訪問看護を提供する訪問看護ステーションにおいて、看護職員と理学療法士等が十分に連携を図ることで、地域における利用者の生活をより効果的・効率的に支えていくための適切な訪問看護が提供されるよう、訪問看護における看護職員と理学療法士等の連携のポイント、連携のモデル例及び様式集等、その連携の具体的な方法等をお示しします。

3．本手引きの位置づけ

① 本手引きが想定する活用場面

本手引きは、訪問看護ステーションに所属する理学療法士等が訪問看護の一環としてリハビリテーションを中心とした訪問を提供する場合において、訪問看護の各業務プロセスのなかで看護職員と理学療法士等が十分な連携を図るため、どのように取り組むことが望ましいかについて、「訪問看護の利用開始前」から「定期的評価の実施」までのステップを想定して、どのような人であっても共通して把握しておくべき事項や、考え方、その具体的な手法等をまとめています。さらに、複数の事業所により訪問看護を提供する場合であって、そのどちらか一方が理学療法士等による訪問看護を行う際の看護職員と理学療法士等との連携のポイントについてもあわせてお示ししています。

ただし、看護職員と理学療法士等の連携にあたっては、地域の実情等により訪問看護の提供体制が異なることも想定されますので、それぞれの事業所の状況に合わせて柔軟に対応してください。

② 本手引きの対象（読んでいただきたい方）

本手引きにてお示しする内容は、訪問看護の提供にあたる看護職員と理学療法士等がより良い連携を行うためのヒントや 1 つのツールとして、訪問看護事業所で訪問看護に従事する管理者とすべての看護職員及び理学療法士等のみなさまに参考にしていただくことを目指しています。

※本事業において実施した実態調査

本事業では、一般社団法人全国訪問看護事業協会に加盟する全国の訪問看護ステーション 5,461 カ所に対し、看護職員と理学療法士等の連携の実際を把握することを目的としてアンケート調査「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あり方に関する調査」を実施し、2,058 カ所から回答（回収率 37.7%）を得た。

Ⅱ 訪問看護における看護職員と理学療法士等の連携のあり方

１．訪問看護事業所が提供する訪問看護

指定居宅サービスにおける訪問看護は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限り居宅において、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、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・向上を目指すものであり、その利用者に対して、主治医の指示書に基づき、食事（栄養）の管理・援助、排泄の管理・援助、清潔の管理・援助（清拭等）、褥そうの処置、カテーテル管理等の医療処置、リハビリテーション、ターミナルケア、利用者・家族への療養上の指導、家族の健康管理など、療養上の世話や診療の補助を行うものです。

２．理学療法士等による訪問看護の位置づけ

前述の訪問看護の具体的な実施は、訪問看護ステーションに所属（従事）する保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士あるいは言語聴覚士（健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションにおいては助産師を含む。）が担当することとなっています。そのうち、理学療法士等による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものです[注)]。

理学療法士等による訪問看護の効果的な活用によって、利用者の生活機能の維持・向上をより効率的に行えること等が期待されています。

※ 医療機関に従事する理学療法士等による訪問は、指定居宅サービスにおける訪問看護には含まれません。

注）**指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成１２年３月１日老企第３６号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）抜粋**

第二　居宅サービス単位数表

４ 訪問看護費

（４）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について

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」にかかわらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成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、一回当たり二十分以上訪問看護を実施することとし、一人の利用者につき週に六回を限度として算定する。

３．看護職員と理学療法士等との包括的なアセスメントの重要性

在宅療養支援にあたっては、利用者の生活の質の確保を重視し、全体的な日常生活の動作能力を維持・回復させるとともに、家族や地域からの支援により、住み慣れた地域で在宅での療養を継続できるようにすることが重要です。また、利用者の生活全体におけるセルフケアを高め、その利用者の希望が達成できるような支援が必要となります。

そのためには、訪問看護において看護職員や理学療法士等が実施する一時的な基本的動作訓練や機能回復訓練などだけではなく、利用者が生活を送る中での工夫、利用者自身が日常的に体操などを行うための支援や介護職員などにもリハビリテーションの視点の理解の促進など、利用者とともに実施するケアが求められます。また、利用者の意欲に働きかけながら、効果的な訪問看護サービスを提供するためには、看護職員と理学療法士等がそれぞれの視点を持ちながら連携することによる包括的なアセスメントが重要です。

看護職員の視点

- 看護職員は、主に、利用者の健康状態や生活状況、家族の状況を包括的にアセスメントし、利用者の持つ力を最大限に発揮させることができるよう心身の健康管理や療養生活継続の支援を行うことが求められます。
- 病状の予後予測をもとに、合併症の発症、生活状況の悪化を予防する視点からもリハビリテーションのニーズをアセスメントすることが重要です。

理学療法士等の視点

- 理学療法士等は、主に、身体・精神機能、日常生活動作および住環境・福祉用具等の環境面をアセスメントすることが求められます。
- 具体的に、理学療法士は主に基本動作の獲得、作業療法士は応用的動作能力や社会適応能力の獲得、言語聴覚士は音声・言語・聴覚機能の獲得を中心に様々な訓練を行うとともに、利用者の状態に合わせた環境調整への支援が期待されています。

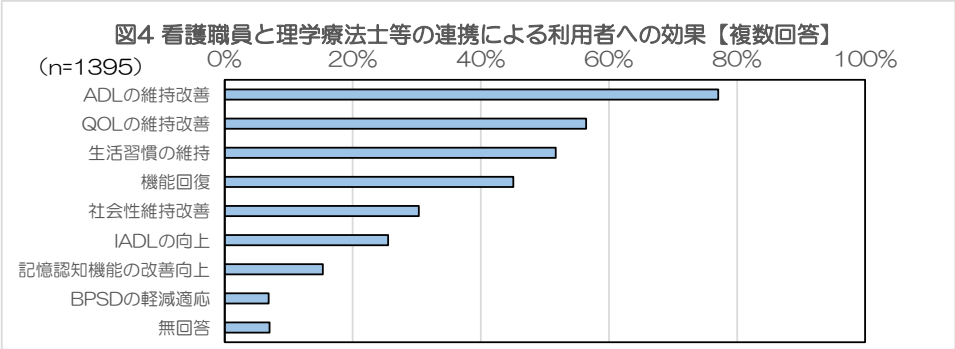
参考文献・酒井郁子ら編集：リハビリテーション看護　改定２版、南江堂、2015
・石鍋圭子編集：最新訪問看護研修テキストリハビリテーション看護、日本看護協会出版会、2005

４．看護職員と理学療法士等による連携の効果

本事業で実施した実態調査から、看護職員と理学療法士等双方の視点からの連携による具体的な効果として、次のような結果が得られました。

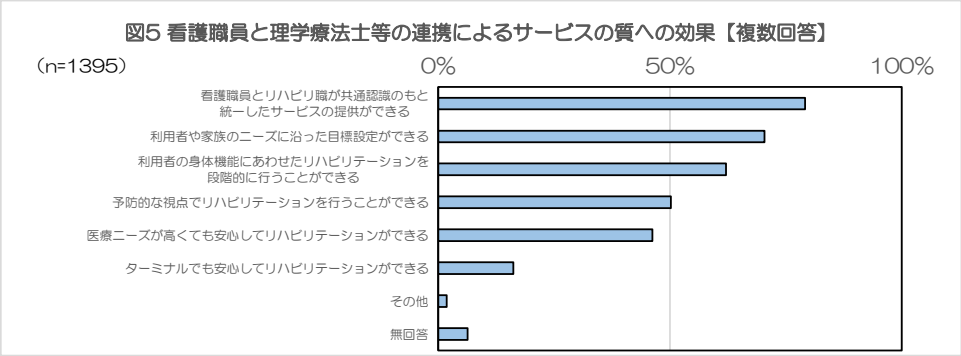
＜① 利用者への効果＞

- 利用者への効果として、「ADL の維持改善」、「QOL の維持改善」、「生活習慣の維持」が比較的高い割合となっています。（図４）



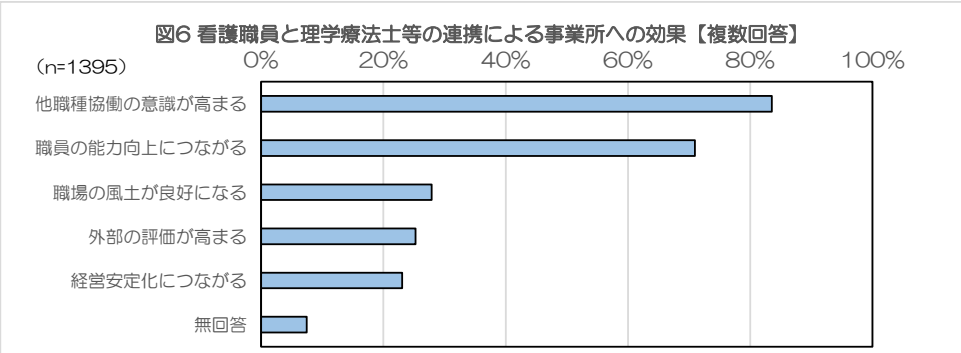
＜② サービスの質への効果＞

- サービスの質への効果として、「看護職員と理学療法士等が共通認識のもと統一したサービスの提供ができる」、「利用者や家族のニーズに沿った目標設定ができる」、「利用者の心身機能に合わせた段階的なリハビリテーションの提供ができる」が高い割合となっています（図５）。



＜③ 事業所への効果＞

- 事業所への効果としては、「他職種協議の意識が高まる」、「職員の能力向上につながる」といった項目が高い割合となっています（図６）。



Ⅲ．訪問看護における看護職員と理学療法士等の各ステップにおける連携のポイント

１．理想的な連携プロセス

STEP０　訪問看護の利用開始まで

- ◆ リハビリテーションを中心とした訪問看護の依頼があった時には、看護職員と理学療法士等の視点を含めた訪問看護の提案を行いましょう
- ◆ 利用者や家族から情報収集をすることで、訪問看護および訪問看護の一環としてのリハビリテーションのニーズを把握しましょう
  - ✓看護職員が、看護の視点を踏まえてリハビリテーションのニーズを把握しましょう
  - ✓看護職員と理学療法士等が連携して、リハビリテーションのニーズを把握しましょう
- ◆ 利用者がどのような生活を送りたいかについて、利用者、家族、医療機関の主治医、ケアマネジャー等と目標を共有しましょう
- ◆ 目標に合わせた訪問看護サービスの内容や頻度等について検討しましょう

STEP１　訪問看護計画書の一体的な作成

- ◆ 看護職員と理学療法士等が訪問看護計画書を連携して作成しましょう
- ◆ 作成した訪問看護計画をケアマネジャーに情報提供しましょう

STEP２　看護職員と理学療法士等による情報共有

- ◆ 日常的な情報共有の方法を、看護職員と理学療法士等の間で確認しておきましょう
- ◆ 定期的に行う看護職員と理学療法士等の合同でのカンファレンス等により情報を共有しましょう
- ◆ 利用者の心身の状態や生活状況の変化に、看護職員と理学療法士等が連携して対応しましょう
- ◆ 理学療法士等は利用者の状態を管理者や看護職員に報告しましょう

STEP３　定期的評価の実施・報告書の作成

- ◆ 看護職員と理学療法士等が連携して定期的評価を行いましょう
- ◆ 訪問看護報告書を看護職員と理学療法士等が連携して作成しましょう
- ◆ ケアマネジャーへ訪問看護計画に対する評価を報告しましょう

2．各ステップにおける連携のポイント

STEP０：訪問看護の利用開始まで

➢ 訪問看護の依頼を受けた時には、利用者の情報を包括的に把握し、訪問看護及び訪問看護の一環として提供されるリハビリテーションの必要性や、看護職員および理学療法士等の訪問の必要性について判断しましょう

◆ リハビリテーションを中心とした訪問看護の依頼があった時には、看護職員と理学療法士等の視点を含めた訪問看護の提案を行いましょう

- 在宅において利用者の過ごし方の希望・要望、目標を叶えられるよう、看護の視点による広い視野での訪問看護のサービス内容の提案が必要になります。
- 看護職員の視点と理学療法士等の視点から包括的に情報を把握しアセスメントするために、退院前カンファレンスや契約のための訪問時等に看護職員と理学療法士等が一緒に参加することが重要です。一方のみが参加した場合であっても、双方で情報共有しながらアセスメントするようにしましょう。
- 訪問看護の一環として行われるリハビリテーションについて、理学療法士等へ依頼があった場合には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれが専門領域を持ちつつも、その領域にとどまらない支援を利用者のニーズに合わせて検討していくことが特に求められます。管理者は、利用者に適切な訪問看護のサービス内容の提案に向けて、従業員に専門領域にとどまらない検討の重要性を認識するよう、働きかける必要があります。
- 主治医からの訪問看護指示がリハビリテーションの指示だけの場合でも、病状、家族関係、精神状態等利用者の状況に応じ、看護職員のみによる訪問看護の提供についても総合的に判断することが必要です。

① 医療機関から退院予定の利用者について訪問看護の相談や依頼を受けた場合

- 医療機関から退院予定の利用者について、訪問看護の相談や依頼を受けた場合、管理者等は、医療機関で開催される退院前カンファレンス等に参加し、利用者の病状や利用者・家族の意向等を把握した上で、看護職員と理学療法士等による訪問の必要性を判断しましょう。

② 在宅療養中の利用者について訪問看護の相談や依頼を受けた場合

- 在宅療養中の利用者について、訪問看護の相談や依頼を受けた場合、担当ケアマネジャーやサービス担当者会議、利用者・家族から情報を収集する必要があります。

- 在宅療養中の利用者については、様々な状況でリハビリテーションを中心とした訪問看護の依頼を受けることがあるので、利用者の状況について十分に情報収集を行いましょう。

  例えば・・・

  - ➢ 転倒などのアクシデントによって安静を優先した結果、ADLが低下した場合
  - ➢ 退院後、病状が安定したことで、積極的なリハビリテーションを行う効果が高い状態となった場合
  - ➢ 利用者の心身の機能が安定したことにより、利用者の生活意欲が高まり、QOL の向上を希望している場合　など

- 在宅療養中の場合などは可能な方法で基本的な事項を確認し、利用者が医療機関から退院予定の場合は、確認事項を追加しましょう。

確認事項

【基本的な事項】

☐ 疾病・病状（予後予測を含む）、疾病や予後に関する利用者の認識

☐ 介護力（訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等の他の介護サービスの利用状況（予定）、家族等の介護力等）

☐ 障がいの状態、障がいに関する予後と利用者の認識

☐ 在宅療養の経過

☐ 医療機関・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションで受けているリハビリテーションの内容や治療の状況

☐ 主治医からの訪問看護指示書のリハビリテーションの内容（できるだけ具体的な内容）

☐ 利用者・家族の意向

※利用者が在宅療養生活をイメージでき、利用者が希望する生活に関する意向を表現できるように支援しましょう。

☐ ADL のアセスメント項目：移動、食事、排泄、入浴、更衣、整容、意思疎通

☐ 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

【医療機関から退院予定の利用者の場合】

☐ 入院中の看護計画やリハビリテーション計画の内容や目標の達成状況

例）退院後の療養環境

- 入院中に住環境整備のため、入院している医療機関の看護職員や理学療法士等が自宅訪問を行うことがあるので、その状況や結果を退院前カンファレンス等で共有しましょう。
- 住環境整備や福祉用具の安全で効果的な活用の確認が必要な場合は、理学療法士等の訪問を検討しましょう。

※手すりを設置する場合、1～3回程度訪問看護ステーションの看護職員と理学療法士等が一緒に訪問し、手すりの設置場所や動線の確認を行います。

◆ 利用者や家族から情報収集をすることで、訪問看護および訪問看護の一環としてのリハビリテーションのニーズを把握しましょう

- 退院前カンファレンス、サービス担当者会議、退院前等の訪問によって、利用者や家族の希望や要望、生活状況などについて情報収集しましょう。

✓ 看護職員が、看護の視点を踏まえてリハビリテーションのニーズを把握しましょう

- 看護職員が、利用者の力を引き出すケアを実施するためには、苦痛症状等に着眼するだけでなく、生活上の支障や生きがいの消失、医療的ケアの有無、状態悪化の防止、状態変化の早期発見を含めた予防的な視点、家族関係の調整など、全人的な関連性を把握した看護の視点からのリハビリテーションのニーズを把握することが大切です。

例えば・・・

➢ 褥瘡予防の視点では、疼痛の有無だけでなく、どの程度自分で動けるか
➢ ADL が低下している場合には、原因として、病状の悪化や合併症が出現していないか
➢ 介護力はどのくらいあるか　など

- 訪問看護サービスの利用開始時には、利用者の心身の状態等を評価する観点から、看護職員が訪問することが必要です。また、主治医からの訪問看護指示書の内容が変更する場合や利用者の心身状態・家族等の環境の変化の際など、利用者の状況の変化に合わせた看護職員による訪問を定期的に行うことで、利用者の状態の適切な評価を行うことが重要であり、その頻度は概ね１か月に１回程度を目安とすることが望ましいでしょう。

✓ 看護職員と理学療法士等が連携して、リハビリテーションのニーズを把握しましょう

- 看護職員と理学療法士等は、利用者や家族に対して多角的な視点でアセスメントを行い、廃用性症候群の予防、環境整備としての住宅改修や福祉用具の必要性等について検討しましょう。

① 廃用症候群の予防の視点

- 自立支援・重度化防止等の予防的な視点を持ち、１日の活動量や運動量、介護力の変化なども含め、療養生活全体に目を向けたリハビリテーションのニーズを把握しましょう。
- 長期にわたってベッド上臥床により安静にしていると廃用性症候群のリスクが高まり、心身の機能低下や利用者の活動の一層の低下につながることを、利用者や家族、ケアマネジャー等に説明し、利用者の状態に合わせたリハビリテーションの必要性を提案しましょう。

② 環境整備の視点

- 自立を維持・促進する観点から以下の内容を確認し、住宅改修や福祉用具等の必要性や具体的な方法について検討しましょう。

確認事項

- ☐ 住環境活用可能な福祉用具の種類
- ☐ 利用者や家族の生活の快適さの程度
- ☐ 移動のしやすさ
- ☐ 住環境における生活動線と利用者の ADL
- ☐ 今後予測される病状変化への対応の可否

◆ 利用者がどのような生活を送りたいかについて、利用者、家族、医療機関の主治医、ケアマネジャー等と目標を共有しましょう

- 看護職員と理学療法士等が連携して、居宅における利用者の役割、生きがいを把握し、利用者自らが実現可能な目標を設定できるよう支援し、訪問看護の目標を設定しましょう。
- 看護職員と理学療法士等の役割分担を管理者とともに決めましょう。
- 訪問看護の目標については、利用者や家族に説明するのみでなく、医療機関の主治医やケアマネジャー等と共有しましょう。

◆ 目標に合わせた訪問看護サービスの内容や頻度等について検討しましょう

- 訪問看護の目標を明確にし、看護職員と理学療法士等双方、もしくはいずれかが中心に訪問することが適切かについて管理者とともに検討し、訪問看護サービスの内容や頻度等について検討しましょう。
- 訪問看護の一環として理学療法士等が中心に訪問する場合は、以下の手順で、訪問看護サービスの内容や頻度等を検討しましょう。

① 依頼の内容の確認

- 依頼を受けた時点から訪問看護開始までの間に、利用者の希望や要望、ケアマネジャーのアセスメントやケアプランの方針、主治医の指示内容等を、管理者、看護職員、理学療法士等がそれぞれで確認しましょう。

  ※「１人で買い物に出かけられるように、理学療法士によるリハビリテーションをしてください」等と理学療法士等のみの訪問看護の依頼がされる場合もあります。

- 理学療法士等が初めて訪問する時には、事前に訪問している看護職員から情報を得るなどして利用者の状態や住宅環境を確認しましょう。

② 理学療法士等による訪問看護の頻度、内容、サービス提供時間の検討

- 利用者の心身の状態、希望や意欲、目標、住環境等を含めた生活状況全体をアセスメントした上で、理学療法士等の訪問頻度、内容やサービス提供時間を考えましょう。また、利用している他のサービスの内容や利用者の要介護度から適切なサービス提供時間等を総合的に判断し決定しますが、これらの決定は、退院前カンファレンス、サービス担当者会議、主治医や看護職員との情報共有を通じて行いましょう。
- ケアマネジャーから理学療法士等のみの訪問の依頼があった場合、管理者や看護職員が理学療法士等とともに訪問し、看護の視点を踏まえた包括的なアセスメントを行い、理学療法士等の訪問の頻度や看護職員の訪問の必要性や頻度について検討し、サービス担当者会議等で利用者や家族、ケアマネジャーに提案し、ケアプランを検討してもらうことが必要です。
- リハビリテーションは、漫然と継続するのではなく、利用者の目標を明確にし、その目標に向けて取り組むものであることを、利用者や家族、ケアマネジャーに説明しておきましょう。

＊理学療法士等の訪問について、利用者の同意を得ましょう

- 理学療法士等の訪問については、利用者に訪問看護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、看護職員の代わりに行う訪問であることを説明して同意を得ることが必要です。
- 同意の確認方法としては、訪問看護計画書や重要事項説明書などを用いて説明し同意を得ること等が考えられますが、以下の確認方法の例を参考にしましょう。

（例）

✧ 訪問看護記録に利用者への理学療法士等の訪問についての説明と同意の意向を書き残す。

✧ 理学療法士等が訪問することを含めて訪問看護計画書について説明し、同意を得た場合は捺印をもらう。

✧ 重要事項説明書に「訪問看護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理学療法士等が行うことがあること」を明記する。

✧ 任意の書式（例：『説明・同意書』　等）に署名をもらう。

★ＰＯＩＮＴ★ 訪問看護ステーションにおける管理者の役割

➢ 管理者の役割は、看護職員と理学療法士等などすべての職員の管理を行い、利用者に対して適切な訪問看護を提供できるよう訪問看護の質の確保、向上を日々実践することです。そのため、管理者は訪問看護サービスを調整するだけでなく、多職種が効果的に連携できるよう利用者の変化やサービス内容をモニタリングし、評価することが必要となります。

➢ 管理者は、看護職員や理学療法士等が、利用者の状態や提供したサービス内容をしっかり共有し、意見交換し、専門性を尊重し合って活動できるようなシステムをつくり、訪問看護ステーション全体で利用者への適切なサービスを提供できるようにしましょう。

STEP１：訪問看護計画書の一体的な作成

➢ 利用者の状況や看護職員および理学療法士等双方のアセスメント内容を相互に共有し、訪問看護計画書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成しましょう（⇒巻末の様式参照）

◆ 看護職員と理学療法士等が訪問看護計画書を連携して作成しましょう

≪作成手順≫

① 利用者の情報について看護職員と理学療法士等で共有しましょう（STEP２）。利用者や家族の目標や希望についても共有し、訪問看護計画の立案時は利用者や家族に参加してもらいましょう。

② 利用者や家族の希望に沿った目標を看護職員や理学療法士等がそれぞれの視点でアセスメントし、連携して訪問看護サービスの提案をしましょう。

③ 訪問看護計画は、同じ書面で立案し作成しましょう。その際、看護職員と理学療法士等がお互いに報告してほしい利用者の状態やタイミングを記載しておくと情報共有がしやすくなります。なお、看護職員と理学療法士等がそれぞれ別の書面で作成する場合においても、お互いの情報を共有しあい、一体的な訪問看護計画を作成しましょう。

④ 看護職員と理学療法士等で作成した訪問看護計画書は、利用者に説明し同意を得ましょう。利用者の意見により、訪問看護計画に修正が必要な場合もあります。

⑤ 看護職員と理学療法士等が同一の訪問看護ステーションでない場合も、①～④の内容に準じて連携できるよう、管理者、看護職員と理学療法士等の双方で働きかけましょう。

★POINT★

➢ 看護職員が、利用者の病状や生活状況などの視点を踏まえた訪問看護計画を立案し、実際のリハビリテーションの具体的なメニューについては理学療法士等が作成するなど、看護職員と理学療法士等が連携してサービスを提供しましょう。

➢ 訪問時の情報で特に重要な項目は、訪問看護計画書に明記しましょう。

（例）心不全の利用者における目標体重との差、糖尿病の利用者における血糖値や低血糖に関連した振戦や動悸の症状　　等

➢ ADL 等の変化に応じて、住環境の整備や福祉用具の新たな利用等を計画しましょう。

◆ 作成した訪問看護計画をケアマネジャーに情報提供しましょう

- 訪問看護の目標・計画をケアマネジャーに共有し、ケアプランに反映してもらいましょう。
- 看護職員は、利用者の心身の状況や治療に関して注意すべき点などについてケアマネジャーにも情報提供しましょう。

STEP 2 ：看護職員と理学療法士等による情報共有

➢ 利用者の情報がタイムリーに共有できるように、また、相互に連絡・相談がしやすいよう、日々の情報共有体制および利用者の状態変化時の迅速な情報共有体制を構築しましょう

◆ 日常的な情報共有の方法を、看護職員と理学療法士等の間で確認しておきましょう

① 同一の訪問看護ステーションの場合

- 看護職員と理学療法士等双方の訪問記録を訪問前に確認しましょう。その内容について不明な点がある場合は、直接訪問者に確認してから訪問しましょう。
- 利用者に関する情報提供が、主治医やケアマネジャー、サービス提供者からあった場合は、その内容を看護職員と理学療法士等で共有しましょう。
- 看護職員と理学療法士等が訪問看護計画の実施状況を定期的に共有しましょう。

② 他の訪問看護事業所と連携している場合

- 管理者は、他の訪問看護事業所から看護職員や理学療法士等が訪問していることがないかを、ケアマネジャー、利用者や家族に確認しましょう。
- 他の訪問看護事業所から看護職員や理学療法士等が訪問している場合、訪問看護計画書についての話し合いの機会を持ち、共有しましょう。管理者も、担当者に任せるのでなく、積極的に共有の機会を設けるなどし、担当者を支援することが必要です。
- 看護職員と理学療法士等が、お互いに連絡をとるべき利用者の状態および連絡方法（ファックスや電話、メール、利用者宅の記録、連絡ノートなど）を事前に決めておきましょう。
- 看護職員と理学療法士間で共有した情報は、ケアマネジャーとも共有しましょう。他の訪問看護事業所から看護職員や理学療法士等が訪問している場合も、ファックスや電話、メール、利用者宅の記録（連絡ノートなど）など担当者間の連携方法を確立し、共有しましょう。

◆ 定期的に行う看護職員と理学療法士等の合同でのカンファレンス等により情報を共有しましょう

- 定期的（月に 1 回を目安）に、看護職員と理学療法士等による合同のカンファレンスや事例検討会を開催し、利用者の状態や各専門職からのアセスメントなどを共有しましょう。また、管理者は、このような機会を定期的に設けましょう。
- カンファレンスにおいて示された事例について、実際に訪問している看護職員、理学療法士等がそれぞれの見解を発表し合い、必要に応じて計画を変更しましょう。また、今後の目標に向けて支援が足りないと評価した場合は、積極的に看護職員と理学療法士等で計画の変更について話し合いましょう。
- カンファレンスでは、訪問している看護職員と理学療法士等が同一の事業所か否かを問わず、利用者や家族等の情報を共有しているかについて確認しましょう。
- 看護職員と理学療法士等が同一の事業所でない場合、訪問している看護職員と理学療法士等のみが情報共有などの連携をとるのではなく、それぞれの管理者も連携をとり、訪問看護として一体的なサービス提供を行うことが重要です。

◆ 利用者の心身の状態や生活状況の変化に、看護職員と理学療法士等が連携して対応しましょう

- ADL の低下、バイタルサインの変化、介護力の低下や心身の悪化の防止、危機管理、予後予測、予防的なアプローチが必要な場合など、心身や病状の悪化の予防のために看護の視点が必要な時も、心身や病状の悪化に対する防止策の目安を看護職員と理学療法士等が一緒に考えることが重要です。看護職員と理学療法士双方の視点から観察し、情報共有しましょう（次頁の「表 看護の視点が必要な状態」を参照）。
- 利用者の心身や病状の悪化の程度に応じて、リハビリテーションの実施内容の調整や中止について、理学療法士等と看護職員が連携して対応することも重要です。また、リハビリテーションの実施内容の調整や中止等の対応の検討は、管理者も一緒に行うと良いでしょう。

表　看護の視点が必要な状態

◎がついている項目は、どのような状態の利用者であっても、事前に訪問看護計画の中で理学療法士等から看護職員に報告してほしい状態やタイミングを共有しておくことが望ましいです。

看護の視点が必要な状態	理学療法士等が看護職員に相談・報告する具体的な状態	相談・報告を受けた後の看護職員の対応
◎病状の変化	予測される疾患独自の症状の発現（糖尿病患者の低血糖症状など）について、あらかじめ看護職員と理学療法士等で情報を共有しておき、共有されていた病状の変化が起こったら、看護職員に報告する。	看護職員は、必要に応じて利用者宅を訪問し状態を確認する。必要時、医師に報告する。
◎病状の予後予測	予測される病状の変化と時期、予後予測をあらかじめ看護職員と理学療法士等で共有しておき、病状・精神状態・生活（ADL）に変化があった場合は、看護職員に報告する。	看護職員と理学療法士等で病状の変化に応じて、訪問看護計画書の見直しをする。
◎バイタルサインの変化	血圧、酸素飽和度などその利用者に予測されるバイタルサインの変化をあらかじめ看護職員と理学療法士等で共有しておき、変化のあった場合は、看護職員に報告する。	看護職員は、必要に応じて利用者宅を訪問し状態を確認する。必要時、医師に報告する。
◎服薬状況	服薬しなかったことに伴う病状の変化などについてあらかじめ看護職員と理学療法士等で共有しておき、薬の飲み忘れがあった場合には、看護職員に報告する。	看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。必要時、医師に報告し、服薬しなかった薬剤の服用について指示を受ける。 パーキンソン病等、服薬時間と利用者の状態が強く影響する薬剤の場合は、看護職員から理学療法士等に服薬時間や服薬のタイミングを情報提供する。
◎脱水	水分摂取量、熱発、倦怠感の出現などの観察項目をあらかじめ看護職員と理学療法士等で共有しておき、症状の出現時には、看護職員に報告する。	看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。経口摂取が可能な場合は、飲水を促す。経口摂取が困難な場合やその他必要時、医師に報告する。
浮腫	浮腫の出現や増強がみられた場合は、心不全の悪化の兆候である場合もあるので看護職員に報告する。	看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。また、バイタルサイン、水分量、体重、ADL の変化等を確認し、必要時、医師に報告する。心不全の悪化が疑われる場合は、医師からその後の運動量の指示を受け理学療法士等と共有する。

看護の視点が必要な状態	理学療法士等が看護職員に相談・報告する具体的な状態	相談・報告を受けた後の看護職員の対応
精神的な変化（意欲など）	表情・言動・身だしなみ・生活状況などから抑うつ状態の出現やリハビリテーションへの意欲の減退など精神的な不安定さがある場合は、他の疾患の発現の場合があるので、看護職員に報告する。	看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。必要時、医師に報告する。看護職員と理学療法士等で精神症状への対応方法や、リハビリテーションの実施について検討する。
ADL の低下	ADL の変化が病状の悪化や利用者の状態に関連している場合があるので、変化があった時には看護職員に報告する。	ADL 低下の要因分析とケア方法の変更について、看護職員と理学療法士等が連携して検討する。
転倒が発生した場合	運動機能の低下のみならず、視力の衰え、病状の悪化や服薬によって転倒する可能性があるため、看護職員に報告する。	報告を受けた看護職員は、利用者宅を訪問し、状態を確認する。必要時、医師に報告する。 転倒後の対応策について、看護職員と理学療法士等が連携して検討する。
介護力の低下	介護者の健康状態、介護方法、介護者の理解力などの変化があった場合は、看護職員に報告する。	看護職員が介護者の健康状態や介護状況を確認する。介護方法や介護体制について看護職員と理学療法士等が連携して検討し、ケアマネジャーに提案する。

◆ 理学療法士等は利用者の状態を管理者や看護職員に報告しましょう

- 理学療法士等は、リハビリテーション実施の判断や利用者の状態について不安に思った場合は、管理者に報告・相談しましょう。

  例えば・・・
  - ➢ 症状コントロールが不良で症状が落ち着かない状態の場合
  - ➢ 新たな症状が出現した場合
  - ➢ 医療機器にトラブルが生じた場合
  - ➢ 利用者の期待にリハビリテーションの効果がない場合
  - ➢ リハビリテーションへの意欲が減退している場合
  - ➢ 家族から利用者の変化について相談された場合　など

- 理学療法士等を中心とした訪問の場合、利用者の心身の状態を管理者に報告し、理学療法士等を中心とした訪問で良いのか、理学療法士等が何に不安を持っているのかを一緒に検討する機会を設けることが重要です。

STEP３：定期的評価の実施・報告書の作成

➢ 看護職員と理学療法士等双方の視点から定期的な評価を行うことが必要です。特に、理学療法士等が中心に訪問している場合には、看護職員による定期的な評価を必ず行いましょう。

◆ 看護職員と理学療法士等が連携して定期的評価を行いましょう

看護職員の視点：看護職員が定期的に訪問し、バイタルサイン、コミュニケーション等を通じて、全身状態の変化の有無、麻痺の程度、病状の進行程度等について前回と比較して評価しましょう。看護職員から理学療法士等に観察した情報や利用者の状態に関する留意点などを提案し、一緒に訪問頻度の変更等を検討しましょう。

理学療法士等の視点：定期的に身体機能等について客観的なスケールで評価を行います。さらに、看護職員が評価した利用者の状態を共有し、看護職員とともに身体状態や ADL 等について話し合い、評価を行いましょう。

◆ 訪問看護報告書を看護職員と理学療法士等が連携して作成しましょう

- 看護職員と理学療法士等が目標を確認し合い、連携して報告書を作成しましょう。（⇒巻末の様式参照）
- 看護職員と理学療法士等が、ともに訪問看護計画に対する評価を月１回を目安に行い、訪問看護報告書に問題点や解決策の評価を記載することにより、情報共有のみならず、目標の再確認・再構築につなげることが重要です。

◆ ケアマネジャーへ訪問看護計画に対する評価を報告しましょう

- 看護職員と理学療法士等が連携して行った評価は、ケアマネジャーに報告します。ケアプランの変更などの必要性がある場合は、評価の内容とケアプランの変更案をケアマネジャーに提案しましょう。
- 看護職員や理学療法士等の訪問頻度や訪問時間などケアプランの変更に関しては、できるだけ具体的な内容を提案することが重要です。

番外編：日頃からの連携の取組み

◆ 看護職員、理学療法士等を交えた定期的な事例検討会や勉強会等による学習の機会を設けましょう

- 利用者をそれぞれの職種がどのように捉え、どのようにアセスメントし計画立案をするのかを事例検討会から学ぶことは重要です。職種の違いによる内容を共有することで、対象者を捉える視野が広がり、職種の特性を理解しお互いの意見を尊重できます。
- 看護職員の技術（服薬や褥瘡ケアなど）、理学療法士等の技術（移乗方法や運動訓練など）を相互に学び、それぞれスキルアップを図りましょう。

例えば・・・

- ➢ 理学療法士等による、コンディショニングケアの学習会の開催
- ➢ 理学療法士等による、基本的動作訓練や機能回復訓練の学習会の開催
- ➢ 看護職員による、心不全の利用者の日常生活の注意事項に関する学習会の開催
- ➢ 看護職員による、低血糖症状についての学習会の開催　など

Ⅳ　連携のモデル例

ここでは、看護職員と理学療法士等の連携のモデル例として、本手引きで示した連携のポイントに関する具体的な方法や工夫について示しています。

それぞれの訪問看護事業所の状況に合わせて連携体制を構築するための参考にしてください。

モデル１　同一の訪問看護事業所内に所属する看護職員と理学療法士等の連携のモデル例

STEP０：訪問看護の利用開始まで

- 訪問看護の依頼を受けた際、利用者の状態像を把握した後、管理者が理学療法士等による訪問が必要か否かを一次的に検討し、必要と判断した場合には、理学療法士等の管理担当者に相談して訪問看護事業所としての判断を行います。
- 理学療法士等へ訪問の依頼があった場合、訪問看護事業所として利用者の状態をみて、看護職員と理学療法士等がともに訪問看護の必要性の判断をし、必要と判断した場合には、退院前カンファレンス等で提案します。

STEP１：訪問看護計画書の一体的な作成

- 看護職員は利用者の病状や生活状況から、理学療法士等はリハビリテーション内容から、訪問看護計画案を検討し、話し合い、訪問看護計画書を作成します。
- 訪問する看護職員と理学療法士等が、訪問看護計画案を回覧等して意見を出し合い、訪問看護計画書を洗練させていきます。

STEP２：看護職員と理学療法士等による情報共有

- 訪問看護事業所内で、１日１回（朝礼や昼食時間など）や週１回（カンファレンスなど）、定期的に看護職員と理学療法士等が合同で情報共有する機会を設けます。
- タブレット型端末などの ICT を活用し、看護職員と理学療法士等が訪問毎の情報を相互に把握します。また、理学療法士等が、利用者の褥瘡を発見し看護職員に報告する場合など、タブレット型端末にて写真を撮影し共有すると効率的です。

  ※ＩＣＴを活用する場合は、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」等を参照しましょう。

STEP３：定期的評価の実施・報告書の作成

- 利用者の状態に応じて、看護職員が評価する頻度、理学療法士等が評価する頻度を決めます。
- 利用者ごとに定期的にモニタリングする書式を事業所独自で作成し、看護職員と理学療法士等が共有し、お互いの評価を確認します。

番外編：日頃からの連携の取組み

- 事例検討会を月１回、看護職員と理学療法士等とで共同で行います。１人が年に１回担当し、事業所独自の書式を用いて事例を整理し発表します。効果として、各職種がお互いに何に困っているのかを理解することができます。

モデル２　他の訪問看護事業所内に所属する看護職員と理学療法士等の連携のモデル例

STEP０：訪問看護の利用開始まで

- 看護職員と理学療法士等は、ケアマネジャーとともに退院前カンファレンスに参加します。また、退院後（または、在宅療養中に訪問看護が開始された時）、早期にサービス担当者会議を開くようケアマネジャーに提案します。看護職員と理学療法士等は、ケアマネジャーとともに利用者の目標を共有し、双方の役割分担や訪問頻度等について確認します。利用者は、退院後に意向や状況が変化することがあるため、退院前カンファレンスを実施した場合でも、退院後早期にサービス担当者会議を設けます。
- 医療機関の理学療法士等から訪問看護事業所の理学療法士等への情報提供においては、リハビリテーションに関連しない疾患については情報が提供されていない場合があります。そのため、訪問看護事業所の看護職員から他の訪問看護事業所の理学療法士等に対し、利用者の疾患や病状などについての情報提供をします。

STEP１：訪問看護計画書の一体的な作成

- 看護職員の作成した訪問看護計画書と、他の訪問看護事業所の理学療法士等が作成した訪問看護計画書は、FAX などを利用し相互に共有します。この共有により、新人も含めた看護職員が理学療法士等の実施しているリハビリテーションの内容を理解することが可能となり、理学療法士等にとっては、訪問時に観察すべき利用者の状態を理解することが可能となります。
- 看護職員は、理学療法士等が理解しやすいように利用者の心身の状況等で注意すべき点などを訪問看護計画書に記載します。

- 看護職員と理学療法士等の訪問看護計画書の内容は、それぞれからケアマネジャーにも情報提供します。

STEP 2 ：看護職員と理学療法士等による情報共有

- 看護職員と理学療法士等とケアマネジャー間で情報共有ができるように、サービス担当者会議において、相互に報告してほしい利用者の状態や連絡手段について確認しておきます。
- サービス担当者会議について、看護職員と理学療法士等は、定期的な開催に加えて必要時に早期の開催をケアマネジャーに働きかけ、タイムリーな情報共有と訪問看護計画や訪問頻度の修正を行うようにします。なお、この必要時とは、利用者の状態が悪化・改善した時、利用者の目標が変わった時、訪問頻度を変更する時などです。
- 理学療法士等は、利用者の状態に変化があった場合は、他の訪問看護事業所の看護職員に直接連絡し、対応を相談しあいます。

STEP 3 ：定期的評価の実施・報告書の作成

- 訪問看護報告書や訪問看護計画書について、看護職員と理学療法士等がお互いに共有するタイミングを事前に決めておきます。例えば、利用者のケアプランの短期目標の評価の時期に合わせて、1 か月に 1 回程度とするなどです。

V　様式集

別紙様式１

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　　印

殿

別紙様式１

訪問看護計画書

【記載例】

利用者氏名	○○○○	生年月日	Ｓ△ 年 △月 △日 （ ７４ ）歳
要介護認定の状況	要支援（１ ２） 要介護（１ ２ ３ ④ ５）		
住 所	××市××区××町 ３－２－１		

看護・リハビリテーションの目標

糖尿病が自己管理でき、脳梗塞の再発などを予防できる(低血糖や肺炎の予防)。
歩行耐久性低下を予防し、転倒なく安全に楽しく生活できる。
介護者が自分の時間を確保でき、介護が継続できる。

年 月 日	問 題 点・	解 決 策	評価
Ｈ○年○月○日	（問題点）	（解決策） ※緊急時･異常時に看護職員と理学療法士等がお互いに報告する内容を含む	
	＃１ 脳梗塞による構音・嚥下障害があり、胃瘻造設しているが、間食は経口摂取しており、誤嚥性肺炎の危険性が高い。	観察：①バイタルサイン②呼吸音、喀痰の状態③血液検査結果の確認④経口摂取状況の確認⑤胃瘻注入量の確認⑥胃ろう挿入部の確認⑦排便状況の確認 ケア：①口腔ケア、歯磨きと口腔内の清潔保持 助言・指導：①呼吸リハビリテーションと童謡を歌うなど発声練習②外出後の含嗽、手洗い③緊急時や異常時には、すぐに看護師又は医師に連絡する。 ※病状の変化（脳梗塞の再発、四肢麻痺） SpO_2=90％以下,T=38.5℃以上,P=120/分以上,Bp=200/120mmHg以上	口腔内感染認めず、ケア継続
	＃２ 血糖の自己管理（本人・家族）が不良で低血糖などを認めることがある。	観察：①血糖値、インスリン注射の手技の確認 ケア：①BS70mg/dl以下時は、ブドウ糖注入。PT訪問時は看護師に連絡②本人・妻とともに日課表から血糖・血圧・経口摂取の状況を一緒に評価する③空調などの環境調整④異常時は医師に連絡し、対応する 助言・指導：①日課が規則正しく送れる ※病状の変化（低血糖症状の出現） 手指の振戦、動悸、顔色蒼白、頻脈、発汗、不安の出現、脱力	今月は低血糖を４回認める。薬剤の指示の変更はなく、プラン継続とする。
	＃３ 移動能力や日常生活動作が低下し、活動範囲が制限されている（全身耐久性の低下）。	観察：①自主訓練・活動範囲の確認②歩行・座位姿勢の確認③休息の状況の確認④セルフケアの確認⑤通所リハビリテーションでの状況 ケア：①リラクゼーション②関節可動域改善運動③ストレッチ④筋力強化運動⑤起居動作練習⑥歩行練習⑦階段昇降練習⑧環境整備及び福祉用具に対する相談・助言⑨入浴介助(浴槽の出入り･洗身･更衣など自分でできるところは見守り)⑩足浴･フットケア 助言・指導：①ホームエクササイズとセルフケア	血糖値の変動が大きい時は、回数や歩行距離を減らすなど、負荷量の調節ができている。プラン継続。その都度、リハビリテーションの内容と量を調節する。
	＃４ 糖尿病、高血圧症で通院している妻が一人で介護している。	観察：①身体状況の確認②介護状況の確認③介護に対する負担感の確認 ケア：①サービス利用状況による負担軽減の状況②必要時にはケアマネジャーなどサービス提供者と連携を図る③必要時は息子さんへの介護の依頼	

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
胃瘻からの注入	①栄養チューブ ②カテーテルチップ	①４本/月 ②４個/月

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。

平成○年 ○月 ○日

事業所名 □□訪問看護ステーション
管理者氏名 ×× ×× 印

■■診療所
●●●● 先生

別紙様式２

訪問看護報告書

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			
訪問日	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 26 27 28 29 30 31 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 26 27 28 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・リハビリテーションの内容			
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 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　　印

殿

別紙様式２

訪問看護報告書

【記載例】

利用者氏名	○○○○	生年月日	Ｓ△ 年 △月 △日 （ ７４ ）歳
要介護認定の状況	要支援（１ ２） 要介護（１ ２ ３ ④ ５）		
住　所	××市××区××町 ３－２－１		
訪問日	平成 □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 ㉖ 27 28 29 ㉚ 31 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 26 27 28 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	（主たる傷病名：１型糖尿病、多発性脳梗塞、前立線肥大症） KT：36.2℃ P：51/分 BP：120／50mmHg SpO2:98% Wt：57.0Kg(-0.2)褥瘡なし 《看護職員》 #1 頭痛などの自覚症状、麻痺の進行など認めず。水分飲水は、お茶･コーヒーにとろみを混ぜ500ml/日経口摂取している。吸引時、白色～淡黄色の喀痰を認める。排便コントロールはマグラックス１錠×３/日と２回/週の浣腸で２回/週普通便多量認める。胃ろう挿入部に一部発赤を認めるが疼痛なし。 #2 血糖値は、朝130～242・昼63～228・夕方63～248mg/dl。間食の申告はないが、昼食時にプリンを食べている。今月４回低血糖が、昼・夕の（血糖値63～86mg/dl）あり、ノボラピッドをラコール注入後に注射した（妻）。 #3 ホームエクササイズは、下肢筋力強化を主に、行い始めている。 #4 妻が主介護者であるが、常に見守りが必要な状態で、ストレス度は高い。 《理学療法士》 #1 運動前後で バイタルサインの異常を認めない。 #2 運動後に血糖値が急激に下がることがある。血糖値の日内変動は22～243mg/dlと大きくなっている。 #3 リハビリテーションの前に、血糖値や下肢の疲労感や不快感がないかなどの自覚症状を確認しているが、低血糖症状は認めず、安全にリハビリテーションが行えている。下肢は、抵抗運動ができる程度の筋力はあるが、体幹や股関節膝関節の柔軟性は低く、立位バランス不良で、上を向いて歩行することや、話しをしながら歩くことは難しい。立ち止まって杖を使用し、姿勢を整えてから次の行動をとっている。 #4 体調は安定しているが、介護量に変化がなくストレスは続いている。		
看護・リハビリテーションの内容	病状の観察、環境整備・調整、リハビリテーション、家族指導、精神的支援、介護相談 《看護職員》 清潔のケア・指導、衣生活のケア・指導、食事や栄養のケア・指導、排泄のケア・指導、睡眠のケア・指導、ホームエクササイズの確認、疾病・服薬の管理・指導、カテーテルの管理、皮膚処置、吸引 《理学療法士》 リラクゼーション、ストレッチ、四肢･体幹筋力運動、座位訓練、立位バランス訓練、日常生活動作確認		
家庭での介護の状況	妻が１人で介護をしているため、自分の時間が得られにくく、時に、家事などにストレスを感じることがある。		
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称：（ 栄養チューブ、カテーテルチップ50ml ） 使用及び交換頻度：（ ４回/月、４回/月 ） 使用量：（ ４本、４本 ）		
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 ・ ㊥ 変更内容		
特記すべき事項			
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。

平成○年 ○月 ○日

事業所名 □□訪問看護ステーション
管理者氏名 ×× ×× 印

■■診療所
●●●● 先生

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
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あり方に関する調査研究事業

≪委　員≫

委員長	藤　田　淳　子	順天堂大学大学院医療看護学研究科　准教授
委　員	荒　木　暁　子	日本看護協会　常任理事
	齋　藤　雅　子	（株）メディナス訪問看護事業部　部長
	佐　藤　美穂子	日本訪問看護財団　常務理事
	柴　本　千　晶	聖隷デイサービスセンター三方原　所長・理学療法士
	清　水　準　一	首都大学東京大学院　人間健康科学研究科看護学域　准教授
	鈴　木　邦　彦	日本医師会　常任理事
	髙　砂　裕　子	南区医師会訪問看護ステーション　管理者
	土　田　裕	指定訪問看護アットリハ若林　理学療法士
	林　田　賢　史	産業医科大学病院医療情報部　部長
	福　井　小紀子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻看護実践開発科学講座　教授

（敬称略・五十音順）

事務局	上　野　桂　子	一般社団法人全国訪問看護事業協会　副会長
	清　崎　由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会　事務局長
	吉　原　由美子	一般社団法人全国訪問看護事業協会　業務主任
	山　崎　学	みずほ情報総研株式会社
	西　尾　文　孝	みずほ情報総研株式会社

平成 29 年度老人保健健康増進等事業
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
あり方に関する調査研究事業

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

2018 年 3 月 31 日発行
編：一般社団法人全国訪問看護事業協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 401
http://www.zenhokan.or.jp/
［非売品］本書の内容を引用・転載する場合は、出典を必ず明記願います。