令和７年度

介護サービス事業者集団指導資料

－（介護予防）訪問看護　－

山梨県　峡東保健福祉事務所　福祉課長寿介護担当

目次

項目	Page
概要版	
（介護予防）訪問看護令和７年度介護サービス事業者集団指導	1
資料編	
1　人員・設備・運営基準について	
1.1 総則	33
1.2 基本方針等	37
1.3 人員・設備・運営基準	40
2　報酬に関する基準	
2.1 基本報酬等	47
2.2 加算	54
2.3 減算	74
介護報酬の算定構造	78
各種届出の手続き等について	80
報酬評価の対象となる地域指定	83
介護保険における「特定疾病」及び「厚生労働大臣が定める疾病等」の疾病一覧	85
参考資料	
1「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」	86
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」(解説編)	89

通知･様式等の掲載先

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

① 山梨県庁ホームページ　⇒　https://www.pref.yamanashi.jp
- トップページ → 組織案内 → 福祉保健部 → 健康長寿推進課
- トップページ → 組織案内 → 福祉保健部 → 峡東保健福祉事務所 → 福祉課(長寿介護担当)

② ＷＡＭ－ＮＥＴ（独立行政法人　福祉医療機構）　⇒　https://www.wam.go.jp
- トップページ → 右側ナビゲーション「WAM 情報プロムナード」→ 都道府県からのお知らせ
  → WAM NET 地方センター情報　山梨 → 県からのお知らせ

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

訪問看護
介護予防訪問看護

令和７年度介護サービス事業者集団指導

やまなし

1

本日の内容

1　根拠法令、一般原則等について

2　人員基準について

3　運営基準について

4　介護報酬算定に関する基準について

5　その他事項について

2

業務の根拠法令等

介護保険法

基準省令
平成11年3月31日
厚生省令第37号

解釈通知
平成11年7月29日
老企第25号

県基準条例

山梨県指定居宅サービス等の事業に関する基準等を定める条例

平成24年12月27日公布
平成25年4月1日施行

山梨県指定介護予防サービス等の事業に関する基準等を定める条例

平成24年12月27日公布
平成25年4月1日施行

以下、県基準条例という

3

訪問看護の一般原則 【県基準条例第3条】

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

訪問看護の基本方針 【県基準条例第63条】

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

4

本日の内容

1　根拠法令、一般原則等について

2　人員基準について

3　運営基準について

4　介護報酬算定に関する基準について

5　その他事項について

5

人員基準　【県基準条例第64条】

	指定訪問看護事業所	病院又は診療所
看護職員	保健師・看護師又は准看護師が常勤換算法で**2.5以上**（このうち**１名は常勤**）	適当数
理学療法士 作業療法士 又は言語聴覚士	事業所の実情に応じた適当数 （配置しないことも可能）	
解釈通知	人員基準は職員の支援体制等を考慮した上で**最小限の員数**として定められたものである。	
指定定期巡回・ 随時対応訪問 介護看護　又は 指定複合型サービスとの一体的運営	指定定期巡回・随時対応訪問介護看護事業又は指定複合型サービス事業者の指定を受ける上で 必要とされる看護職員の員数（常勤換算方法で2.5）を配置していることをもって、指定訪問看護の看護職員の人員基準を満たしているものとみなすことができる。	

運営指導

- ✓ **看護職員の員数が２.５を満たしていない月がある。**
- ✓ **常勤換算方法の計算を行う際に、管理者の勤務時間も算入している。**

6

人員基準

管理者の基準

【県基準条例第65条】

- **常勤専従**
  (ただし、管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事、
  又は同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の職務に従事することができる)
- 保健師又は看護師
  (適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者)

管理者の責務

【県基準条例第55条準用】

- 従業者の管理及び利用の申込みに係る調整、**業務の実施状況の把握**、その他の管理を一元的に行う。（**利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら**、従業者及び業務の管理を一元的に行う）
- 従業者に指定訪問看護の運営に関する基準を遵守するため、**必要な指揮命令**を行う。

常勤の考え方

【老企第25号】

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

※例外的な取り扱いあり。詳細は資料編を参照。

7

人員基準（管理者の兼務について）

○ 基準省令※第６１条　※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

指定訪問看護事業者は、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**の管理者を置かなければならない。
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**は、
(A)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**
(B)他の事業所、施設等の職務に従事することが出来るものとする。

○ 用語の定義

- 「専ら」 原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないこと
- 「常勤」 勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していること
- 「又は」 二つ以上の事柄のうち、どれか一つを選ぶときに用いる語

①常勤専従の管理者を置く
②指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合、管理者の兼務は可能
（兼務○）　管理者＋A　**or**　管理者＋B
（兼務×）　管理者＋A＋B

8

人員基準（管理者の兼務について）

※管理者業務に支障があると考えられる例

① 管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合
② 勤務時間が極めて限定的である場合以外の併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む）との兼務
③ 事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該訪問看護ステーション又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合

運営指導

- ✓ **他事業所の管理者等を兼務しており、業務量が多く、従業員の業務の実施状況が把握できていない。**
- ✓ **当該事業所の管理者＋当該事業所の看護職員＋他事業所の従業者と、複数の職務を兼務していた。（兼務可能範囲外）**

本日の内容

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

基本取扱方針 及び 具体的取扱方針

指定訪問看護の基本取扱方針

【県基準条例第70条】

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

指定訪問看護の具体的取扱方針

【県基準条例第71条】

- 主治医との密接な連携及び**訪問看護計画書に基づき**利用者の心身機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。
- 利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項（利用者の健康状態と経過、看護目標や内容、具体的な方法その他）について理解しやすいように指導又は**説明を行う**。
- 利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、適切な指導を行う。

11

基本取扱方針 及び 具体的取扱方針

介護予防訪問看護の基本取扱方針

【県基準条例(予防)第75条】

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

12

基本取扱方針 及び 具体的取扱方針

介護予防訪問看護の具体的取扱方針

【県基準条例第76条】

- ○ 看護師等は利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防訪問看護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、**サービスの提供を行う期間**等を記載した介護予防訪問看護計画書を作成し、主治の医師に提出しなければならない。
- ○ 利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- ○ 看護師等は、介護予防訪問看護計画書に基づくサービス提供の開始時から、当該介護予防訪問看護計画書に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、**少なくとも１回は実施状況の把握（モニタリング）**を行うものとする。
- ○ 看護師等は、モニタリングの結果も踏まえつつ、訪問日、提供した看護内容等を記載した介護予防訪問看護報告書を作成し、当該報告書の内容について、指定介護予防支援事業者に報告するとともに、当該報告書を主治の医師に定期的に提出しなければならない。

運営指導

- ✓ **介護予防訪問看護計画書にサービスの提供を行う期間が記載されていなかった。**
- ✓ **介護予防訪問看護の提供にあたりモニタリングを行っていなかった。**
- ✓ **介護予防支援事業者へのモニタリング結果の報告を行っていなかった。**

13

受給資格等の確認

【県基準条例第11条（準用）】

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

運営指導

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

14

居宅サービス計画との関係

居宅サービス計画に沿ったサービス提供

【県基準条例第16条（準用）】

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

居宅サービス計画等の変更の援助

【県基準条例第17条（準用）】

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

運営指導

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

15

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

項目	内容
訪問看護計画書の作成者	**看護師等（准看護師を除く）**
訪問看護計画書の作成の基となるアセスメント	利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を 踏まえ、既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画内容に沿って作成する。 訪問看護計画書が作成 された後に、居宅サービス計画が作成された場合は、居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更する。
訪問看護計画書の内容	療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等 ※「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」参照 （平成12年3月30日 老企第55号　最終改正:令和6年3月15日 ） ＊介護予防の取扱いも同様

16

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

項目	内容
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等（PT等）による訪問看護	① その訪問が看護業務の一環としてリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるものであることを説明し、同意を得る。 （口頭による同意の場合、記録等を残す。介護保険最新情報Vol.629）
	② 看護職員（准看護師を除く）とPT等が連携し作成する。 ・訪問看護計画書：PT等が提供するものを含め訪問看護の内容を一体的に記載 ・訪問看護報告書：PT等が提供した指定訪問看護の内容とその結果等を記載した文書を添付
訪問看護計画書の同意・交付	看護師等（准看護師を除く）は、作成に当たって、その主要な事項について説明した上で、利用者の同意を得なければならない。また利用者に交付しなければならない。
訪問看護報告書の作成と提出	看護師等（准看護師を除く）は、訪問日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載し、定期的に主治医に提出しなければならない。 ※「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」参照 （平成12年3月30日 老企第55号　最終改正:令和6年3月15日） ＊介護予防の取扱いも同様

17

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

【H12年3月30日老第55号】最終改正R6年3月15日

理学療法士等が訪問した場合の訪問看護報告書の添付様式

別紙様式２ー(１)　　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細

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

18

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

運営指導

項目	内容
計画・目標・評価について	✓ **療養上の目標設定がない。** ✓ **具体性を欠く目標**が継続して設定されている。 （計画の有効性が判断できない） ✓ **評価（見直し）が行われていない。**（とても多い指摘事項） ✓ **評価の内容が不十分**である。 ・具体的な内容の記録が確認できなかった ・内容がサービス提供状況や利用者の心身の状況の確認にとどまっていた ・計画の振り返りという視点に欠けていた ✓ 計画期間に関わらず一律に半年ごと評価をしていた。 ✓ 訪問看護計画の変更について計画書を変更していなかった。

19

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

項目	内容
説明・同意・記録について	✓ 利用者・家族に説明・交付した事実についての記録がなかった。 ✓ **利用者の同意**と交付した事実が客観的に分からなかった。 ✓ 訪問看護計画書の作成の都度、利用者の同意を取得していなかった。 ✓ サービス提供開始後に訪問看護計画書の同意取得、交付をしていた。 ✓ 准看護師が計画書の説明・同意及び交付を行っていた。 ✓ 訪問看護報告書とサービス提供記録の訪問日に相違が見られた。
計画書等の内容の相違	✓ **主治医の指示書内容と計画書の内容に相違が見られた。** （指示のない内容の計画への位置づけを含む） ✓ 指示書に具体的な指示内容等の記載がなく、計画書が作成されていた。 ✓ **訪問看護計画書の計画期間を指示書の期間を越えて設定していた。** ✓ 最新の主治医指示書ではなく古い主治医指示書の内容に基づいた計画のままサービスを提供していた。
その他	✓ 利用者の心身の状況等の把握が初回利用時にとどまっており、アセスメントが不十分である。 ✓ PT等が訪問看護を提供している利用者について、計画書及び報告書が看護職員とPT等の連携により作成されていなかった。 ①計画書：内容が一体的に記載されていない・作成者にPT等の氏名の記載がない ②報告書：PT等による訪問看護の詳細が添付されていなかった

20

運営規程 【県基準条例第76条】

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

運営規程に定めるべき事項

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

運営指導

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

21

勤務体制の確保等 【県基準条例第31条準用】

○ 事業所ごとに看護師等の勤務の体制を定める
月毎の勤務表を作成する（日々の勤務時間、職務の内容、常勤非常勤の別、管理者との兼務関係）

○ 指定訪問看護事業所の看護師等によるサービスの提供
看護師等は「労働者派遣法」に規定する派遣労働者（紹介予定派遣に係る者を除く）であってはならない。**雇用契約その他の契約により、当該事業所の管理者の指揮命令下にある**こと

○ 看護師等の資質向上のための機会の確保
研修への参加の機会を計画的に確保すること

○ 職場におけるハラスメントの防止

運営指導

- ✓ **勤務表が月ごとに作成されていない。**
- ✓ **勤務表は作成しているが、看護師等について管理者や他事業所との兼務状況が不明確。**
- ✓ **勤務時間数の実績が出勤簿と異なる。（日々の勤務時間が不明確）**
- ✓ **研修計画が作成されていない。**
- ✓ **ハラスメント対策が十分でない。**

22

業務継続計画の策定等

○ 感染症や災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、それに従い必要な措置を講じなければならない。

実施すべき事項

① 業務継続計画の策定※	③ 必要な研修・訓練の定期実施（各年１回以上）
② 業務継続計画の周知	④ 定期的な業務継続計画の見直し、変更

衛生管理等

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

実施すべき事項

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

23

掲示

○ 事業所の見やすい場所に、運営規程の概要等利用申込者のサービス選択に関係する重要事項を「書面掲示」する。
※備え付けの書面（紙ファイル）等により代替できる。

○ 原則として、重要事項等の情報をウェブサイト（**法人のホームページ等又は情報公表システム上**）に掲載しなければならない。

R７.４.１より 義務化

秘密保持等

○ 指定訪問看護事業所の従業者であった者が、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

○ サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は 当該家族の同意をあらかじめ文書により得なければならない。

運営指導

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

24

虐待の防止

○ 虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。

実施すべき事項

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

25

記録の整備 【県基準条例第77条】

○ 指定訪問看護事業者は従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しなければならない。

○ 利用者に対する指定訪問看護の提供に関する記録を整備し、その完結の日から**２年間保存**しなければならない。

※「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了により一連のサービス提供が終了した日を指す

整備すべき記録事項

①主治医の指示書	⑤身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由
②訪問看護計画書	⑥市町村への通知
③訪問看護報告書	⑦苦情の内容等
④提供した具体的なサービス内容等	⑧事故の状況、事故に際して採った処置

運営指導

- ✓ **誰が訪問したかの記載がなかった。**
- ✓ **説明や同意、提供したサービスの内容などの記録が不十分であった。**
- ✓ **訪問看護報告書が保存されていなかった。**
- ✓ **交付された居宅サービス計画が保管されていなかった。**

26

本日の内容

1　根拠法令、一般原則等について

2　人員基準について

3　運営基準について

4　介護報酬算定に関する基準について

5　その他事項について

27

基本報酬

訪問看護費		
イ　指定訪問看護ステーションの場合	（１）２０分未満 （２）３０分未満 （３）３０分以上１時間未満 （４）１時間以上１時間３０分未満 （５）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合	314 単位 471 単位 823 単位 1,128 単位 294 単位
ロ　病院又は診療所の場合	（１）２０分未満 （２）３０分未満 （３）３０分以上１時間未満 （４）１時間以上１時間３０分未満	266 単位 399 単位 574 単位 844 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行う場合	１月につき	2,961 単位
介護予防訪問看護費		
イ　指定訪問看護ステーションの場合	（１）２０分未満 （２）３０分未満 （３）３０分以上１時間未満 （４）１時間以上１時間３０分未満 （５）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合	303 単位 451 単位 794 単位 1,090 単位 284 単位
ロ　病院又は診療所の場合	（１）２０分未満 （２）３０分未満 （３）３０分以上１時間未満 （４）１時間以上１時間３０分未満	256 単位 382 単位 553 単位 814 単位

28

計画に基づいた訪問看護の提供

【厚生省告示第19号
改正文　厚生労働省告示第78号】

○ 現に要した時間ではなく、**訪問看護計画に位置付けられた内容の指定訪問看護を行うのに要する標準的な時間**で所定単位数を算定する。

○ 准看護師が訪問看護を行った場合は、所定単位数の以下に相当する単位数を算定する。

訪問看護ステーション、病院・診療所の場合	**90/100**
定期巡回・随時対応訪問看護事業所と連携する場合 （准看護師による訪問が１回でもある場合）	**98/100**

指示書の有効期間に基づいた算定

【老企第36号　第2の4(2)】

○ 訪問看護費は、主治の医師の判断に基づいて交付された**指示書の有効期間内に訪問看護を行った場合に算定**する。
（医療機関にあっては、指示を行う医師の診療の日から１月以内に行われた場合に算定）

29

訪問看護費の所要時間の算定

【老企第36号　第2の4(3)】

20分未満の訪問看護費の算定

○ 指定訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算の届け出をしている場合であって、居宅サービス計画又は訪問看護計画において、**20分以上の保健師又は看護師による訪問看護を週１回以上**含む設定の場合に算定可能。

- ✓ **短時間かつ頻回な医療処置等**が必要な利用者に対し、日中等の訪問看護における**十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提**として行われるもの。
- ✓ **気管内吸引、導尿や経管栄養等の医療処置の実施等を想定**している。
  なお、**単に状態確認や健康管理等のサービス提供の場合は算定できない。**
  また、高齢者向けの集合住宅等において、単に事業所の効率の向上のみを理由として、利用者の状態等を踏まえずに本来２０分以上の区分で提供すべき内容の訪問看護を複数回に分け提供するといった取扱いは適切ではない。（Q&Aより）

30

訪問看護費の所要時間の算定

【老企第36号　第2の4(3)】

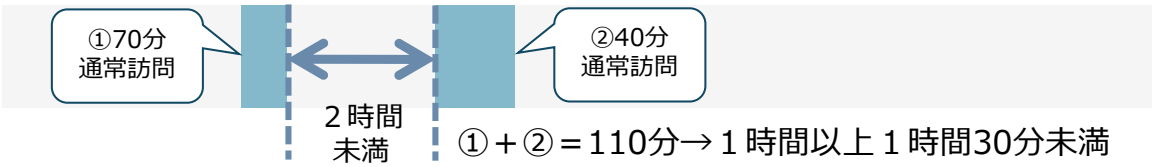
2時間未満の訪問看護費の合算

○ 前回提供した訪問看護からおおむね２時間未満の間隔で訪問看護を行う場合は、それぞれの**所要時間を合算**する。

✓ 20分未満の訪問看護費を算定する場合及び利用者の状態の変化等により緊急の訪問看護を行う場合を除く。

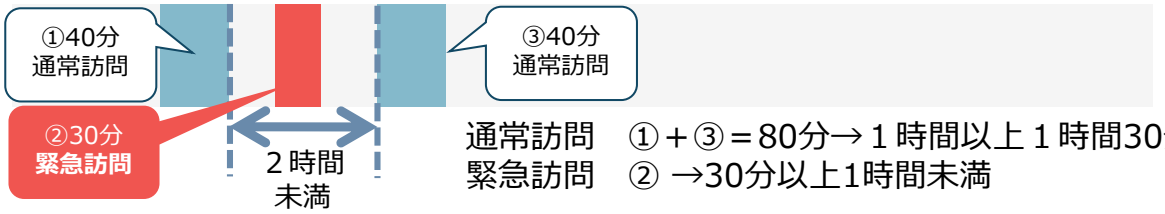
例１　通常訪問の所要時間の合算

介護保険最新情報Vol.267



①＋②＝110分→１時間以上１時間30分未満

例２　通常訪問の所要時間は合算し、緊急訪問は合算しない



通常訪問　①＋③＝80分→１時間以上１時間30分未満
緊急訪問　②　→30分以上1時間未満

31

訪問看護費の所要時間の算定

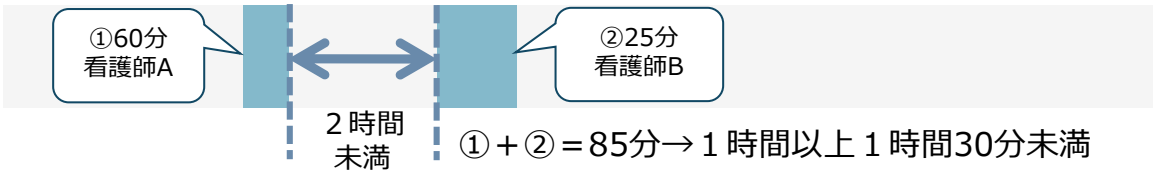
【老企第36号　第2の4(3)】

訪問看護の複数回提供時の合算

○ １人の看護職員（保健師、看護師又は准看護師をいう、以下同じ。）が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を提供した場合は、**所要時間を合算**する。

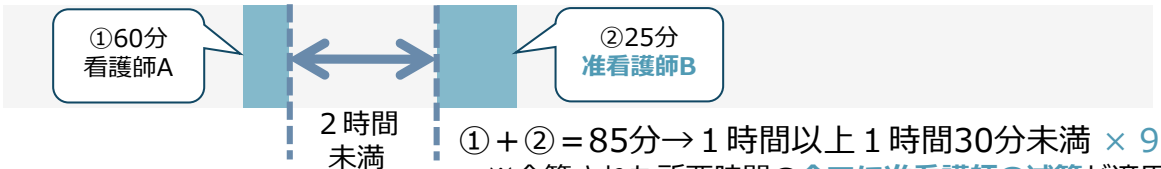
✓ 合算した場合に准看護師による訪問看護が含まれる場合には、准看護師による(介護予防）訪問看護費を算定する

例１　2名の看護師による訪問の合算



①＋②＝85分→１時間以上１時間30分未満

例２　看護師と准看護師による訪問の合算



①＋②＝85分→１時間以上１時間30分未満 × 90/100
※合算された所要時間の**全てに准看護師の減算**が適用

32

訪問看護費の所要時間の算定

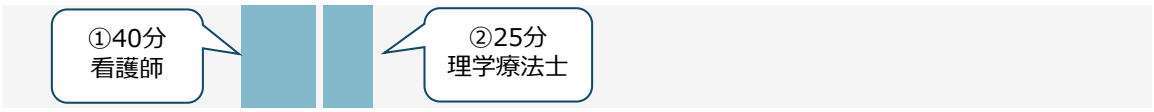
【老企第36号　第2の4(3)】

違う職種による訪問看護の提供

○ 1人の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問を行った後に、続いて他の職種の看護職員等又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を実施した場合は、**職種ごとに算定**できる。

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

例１　各所要時間を職種ごと算定



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

運営指導

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

理学療法士等の訪問について

位置づけ

○ 看護職員の代わりに訪問させるという位置付け。

算定

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

１回につき	**90/100**
(介護予防) １回につき	**50/100**

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

看護職員との連携

○ 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の計画書及び報告書の作成にあたっては当該複数の事業所間において十分な連携を図ったうえで作成する。

○ 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。

居宅サービス計画上位置づけられた職種以外のものが訪問した場合の取扱

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

※保健師等：保健師又は看護師
※理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

35

医療保険の対象となる疾病等

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

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

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

運営指導

✓ **厚生労働大臣が定める疾病等の利用者、特別訪問看護指示書の対象者に訪問看護費を算定していた。**

36

介護保険の訪問看護費の算定

算定できる場合

次のサービスを利用中の者で条件を満たす

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

その他

- ○ 施設入所日・入院当日
- ○ 施設退所日・退院当日

37

介護保険の訪問看護費の算定

算定できない場合

次のサービスを利用中の者

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

その他

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

38

加算 一覧

✓ 要届出

① 早朝・夜間、深夜加算
② 複数名訪問加算
③ 長時間訪問看護加算
✓ ④ 特別地域訪問看護加算
✓ ⑤ 中山間地域等における小規模事業所加算
⑥ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
✓ ⑦ 緊急時訪問看護加算
✓ ⑧ 特別管理加算
✓ ⑨ 専門管理加算
✓ ⑩ ターミナルケア加算（訪問看護のみ）
✓ ⑪ 遠隔死亡診断補助加算
⑫ 初回加算
⑬ 退院時共同指導加算
⑭ 看護・介護職員連携強化加算（訪問看護のみ）
✓ ⑮ 看護体制強化加算
✓ ⑯ 口腔連携強化加算
✓ ⑰ サービス提体制強化加算

39

③長時間訪問看護加算

要件

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

1時間30分以上	1回につき **300**単位

留意点

○ 准看護師が行う場合であっても、同じ単位を算定する。

補足

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

運営指導

✓ **当該加算を算定することとなっている（計画に位置づけている）利用者について算定していなかった。**
✓ **加算の要件に該当しない利用者について算定していた。**

40

④特別地域訪問看護加算

要届出

支給限度額管理の対象外

⑤中山間地域等における小規模事業所加算

要届出

支給限度額管理の対象外

⑥中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

支給限度額管理の対象外

対象地域要確認

※ 詳細は資料編（P83,84）を参照

41

⑦緊急時訪問看護加算

要届出

支給限度額管理の対象外

要件

○ **訪問看護ステーション**
利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して当該基準により24時間連絡できる体制、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合。

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

緊急時訪問看護加算（Ⅰ） （1）利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること （2）緊急時訪問における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備が行われていること	訪問看護ステーション	**600**単位
	病院・診療所	**325**単位
緊急時訪問看護加算（Ⅱ） （1）に該当するものであること	訪問看護ステーション	**574**単位
	病院・診療所	**315**単位

42

⑦緊急時訪問看護加算

要届出

支給限度額管理の対象外

留意点　※ その他、詳細は資料編を参照

- 当該月において計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行った場合には、訪問の所要時間に応じた所定単位数を算定する。その際には、**居宅サービス計画の変更が必要**。
- 緊急時訪問を行った場合、早朝・夜間・深夜加算は算定できない。しかし、１月以内の**２回目以降**の緊急時訪問は、早朝・夜間・深夜加算の算定が可能。
- １人の利用者に対して**１か所の事業所に限り算定**ができる。
- 当該月の第１回目の介護保険の給付対象となる訪問看護費に加算する。
- 24時間連絡できる体制として、当該訪問看護事業所以外の事業所又は従事者を経由するような連絡相談体制をとることや、訪問看護事業所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。また、当該加算に係る連絡相談を担当する者は、原則として当該事業所の保健師又は看護師とする。
- 規定された事項のいずれにも該当し、連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、それ以外の職員に連絡相談を担当させても差し支えない。

43

⑧特別管理加算

要届出

支給限度額管理の対象外

特別管理加算（Ⅰ）補足

- **ドレーンチューブを使用している利用者について**

  経皮経肝胆管ドレナージチューブなど留置されているドレーンチューブについては、留置カテーテルと同様に**計画的な管理**を行っている場合は算定できる。ただし、処置等のため短時間、一時的に挿入されたドレーンチューブについては算定できない。

- **留置カテーテルについて**

  留置カテーテルからの排液の性状、量などの観察、薬剤の注入、水分バランスの計測等**計画的な管理**を行っている場合は算定できるが、**単に留置カテーテルが挿入されているだけでは算定できない。**また、輸液用のポート等が挿入されている場合であっても、訪問看護において一度もポートを用いた薬剤の注入を行っていない場合は、計画的な管理が十分に行われていないため算定できない。

特別管理加算（Ⅱ）補足

※ 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

- **真皮を越える褥瘡の状態について**

  「真皮を越える褥瘡の状態」とは、**NPUAP分類Ⅲ度若しくはⅣ度又はDESIGN分類D3、D4若しくはD5に該当する状態。**「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合には、**定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発症部位、及び実施したケア（利用者の家族等に行う指導を含む）について、訪問看護記録書に記録**すること。　※特に様式の指定はなし

運営指導

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

44

⑩ターミナルケア加算

要届出

支給限度額管理の対象外

要件

○ 在宅で死亡した利用者に対して、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）

イ　ターミナルケアを受ける利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、指定訪問看護を行うことができる体制を整備していること ロ　主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること ハ　ターミナルケアの提供について、利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること	死亡月につき **2500**単位

留意点

※ その他、詳細は資料編を参照

○ 利用者の死亡月に加算するが、ターミナルケアを最後に行った日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合は、**死亡月に算定**する。

○ １人の利用者に対し、**１か所の事業所に限り算定**。

45

⑩ターミナルケア加算

要届出

支給限度額管理の対象外

留意点

○ 死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険又は介護保険の訪問看護をそれぞれ１日以上実施した場合は、**最後に実施した保険制度において算定する**。この場合において他制度の保険による算定はできない。

○ ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。

○ ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

○ ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録する。

ア 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録
イ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録
ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

運営指導

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

46

⑫初回加算

要件

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

初回加算（Ⅰ） 病院、診療所、介護保険施設から退院又は退所した日に初回の訪問看護を実施した場合	１月につき	**350**単位
初回加算（Ⅱ） 初回の訪問看護を実施した場合	１月につき	**300**単位

※ 加算（Ⅰ）と（Ⅱ）は併用算定不可

留意点・補足

○ 新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、**初回指定訪問看護を行った月に加算**。

○ 利用者が過去２月間（暦月）において、当該訪問看護事業所から訪問看護（医療保険を含む）の提供を受けていない場合で、新たに訪問看護計画書を作成した場合に算定。

○ １つの訪問看護事業所の利用者が、新たに別の訪問看護事業所の利用を開始した場合、別の訪問看護事業所において当該加算の算定は可能。

○ 同一月に２か所の訪問看護事業所を新たに利用する場合、各事業所で算定可能。

○ 要支援から要介護に変更（区分変更・更新等により） した場合も算定可能。

47

⑬退院時共同指導加算

要件

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

１回に限り　　**600**単位	※ 特別な管理を必要とする利用者に複数日実施した場合は２回

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

※ 指導内容を文書以外の方法で提供することを可能としている。

48

⑬退院時共同指導加算

留意点　※ その他、詳細は資料編を参照

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

運営指導

- ✓ **初回加算と退院時共同指導加算を同月に算定していた。**
- ✓ **実施した退院時共同指導の内容が記録上確認できなかった。**
- ✓ **准看護師が退院時共同指導を行っていた。**

49

⑬退院時共同指導加算

補足

- ○ **利用者が１ヶ月に入退院を繰り返した場合の算定**

当該加算は、退院・退所１回につき、１回に限り算定できる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。
ただし、例２のように退院時共同指導を２回行った場合でも、退院後１度も訪問看護を実施せず再入院した場合は、退院時共同指導加算は１回のみの算定となる。

例１　2回算定可能

例２　１回のみ算定可能

50

⑰サービス提供体制加算

要届出

支給限度額管理の対象外

要件

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

サービス提供体制加算（Ⅰ） (1) 全ての看護師等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。 (2) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達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すること。 (3) 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。 (4) 看護師等の総数のうち**勤続年数7年以上の者が30%以上。**	1回につき **6単位**
サービス提供体制加算（Ⅱ） (1) 加算(Ⅰ)の(1)～(3)に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (2) 看護師等の総数のうち**勤続年数3年以上の者が30%以上。**	1回につき **3単位**

運営指導

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

51

減算 一覧

要届出

- ① **高齢者虐待防止措置未実施減算**
- ② **業務継続計画未策定減算**
- ③ **同一敷地内建物等に居住する利用者に対する減算**
- ④ **定期巡回・随時対応型訪問介護看護における指定訪問看護利用者の急性増悪時の減算（訪問看護のみ）**
- ⑤ **理学療法士等の訪問回数による減算**
- ⑥ **理学療法士等による12月を超える訪問に対する減算（介護予防のみ）**

52

①高齢者虐待防止措置未実施減算

要届出

要件

○ 運営基準に規定する高齢者虐待防止措置を講じていない場合。

所定単位から　　**1%**減算

留意点

○ 当該減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、措置を講じていない場合に、**利用者全員について所定単位数から減算**することとなる。

○ 以下の**全ての措置の１つでも講じられていない場合**は減算。

- ■高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催
- ■高齢者虐待防止のための指針を整備
- ■高齢者虐待防止のための年１回以上の研修を実施
- ■高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者の設置

○ 上記事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告する。
事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について減算。

53

②業務継続計画未策定減算

要届出

要件

○ 運営基準に規定する業務継続計画の策定等の措置を講じていない場合。

所定単位から　　**1%**減算

留意点

○ 当該減算については、基準を満たさない事実が生じた場合に、**その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで**、当該事業所の**利用者全員について、所定単位数から減算**することとする。

R７.４.１より減算

54

③同一敷地内建物等に居住する利用者に対する減算

要件

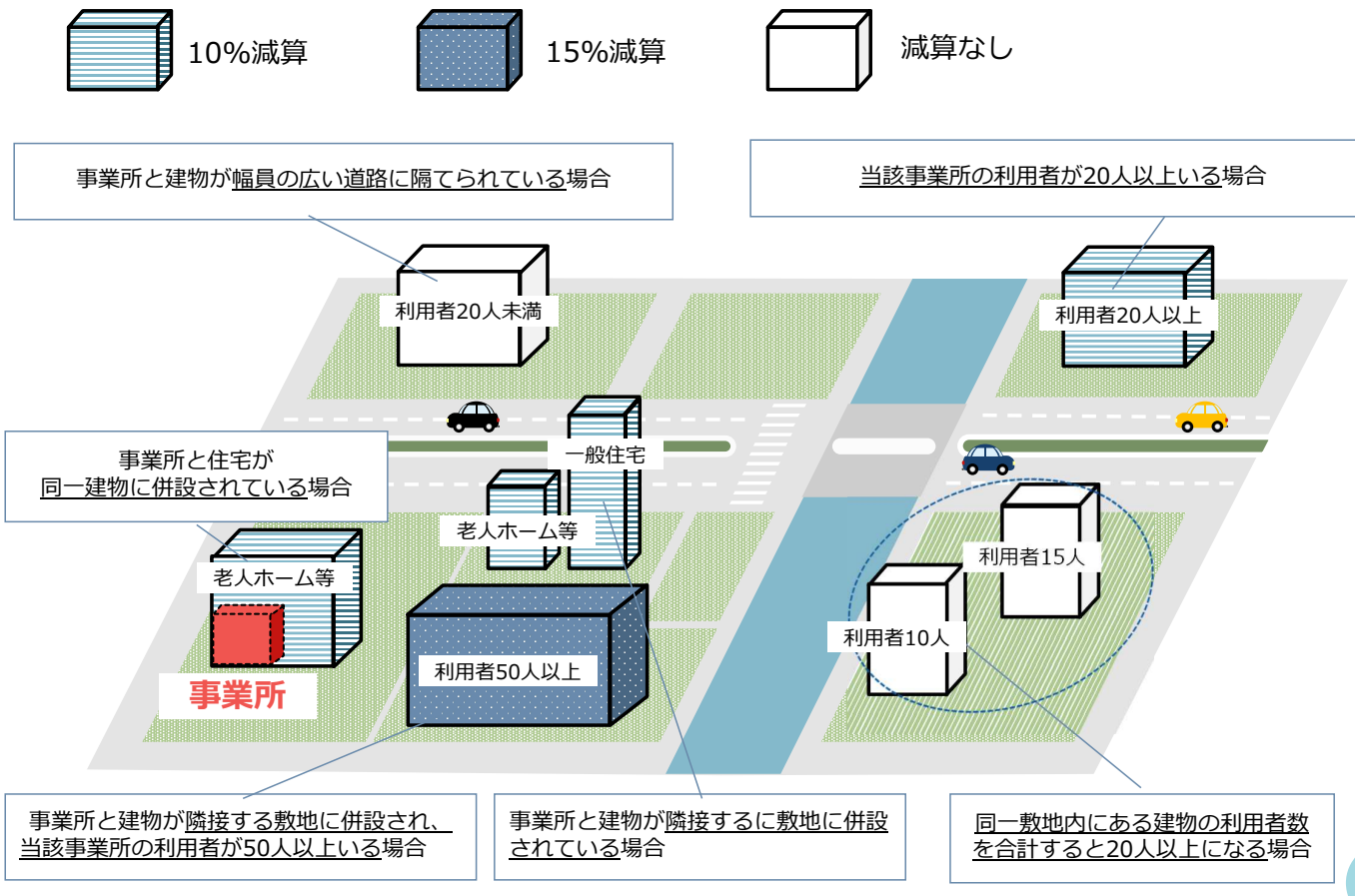
○ 次に該当する利用者に対して、訪問看護を実施した場合。

(1) 指定訪問看護事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物、指定訪問看護事業所と同一の建物（「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者 (2) １月当たりの利用者が同一建物に20人以上居住する建物に居住する利用者	１回につき **10%**減算
(3) １月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者	１回につき **15%**減算

※ 算定月の実績で判断する。
※ 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（サービス提供契約はあるが、当該月に訪問看護費の算定がなかった者を除く。）
・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が減算の対象となる。
・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。

55

③同一敷地内建物等に居住する利用者に対する減算



56

⑤理学療法士等の訪問回数による減算

要件

○ 次のいずれかに該当する場合。

イ　当該訪問看護事業所における前年度の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えていること ロ　緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算のいずれも算定していないこと	1回につき **8**単位

留意点

○ 事業所における**前年の４月から当該年の３月までの期間**の理学療法士等による訪問回数が看護職員による訪問回数を超えている場合は、当該年度の理学療法士等の訪問看護費から減算する。

○ 看護職員の訪問回数が理学療法士等による訪問回数以上である場合であっても、算定日が属する月の前６月間において、上記ロに規定する加算のいずれも算定していない場合は減算する。

○ 看護職員と理学療法士等が同時に訪問した場合、看護職員の訪問看護費を算定する場合は看護職員の訪問回数を積算し、理学療法士等の訪問看護費を算定する場合には、理学療法士等の訪問回数として積算すること。

57

⑥理学療法士等による12月を超える訪問に対する減算

要件

○ 利用者に対して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による指定介護予防訪問看護の利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防訪問看護を行う場合。

(1) ⑤理学療法士等の訪問回数による減算を算定している	1回につき 8単位減算に**加えて** **15**単位減算
(2) ⑤理学療法士等の訪問回数による減算を算定していない	1回につき **5**単位減算

留意点

○ 入院による中断があり、かつ、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。

58

本日の内容

1　根拠法令、一般原則等について

2　人員基準について

3　運営基準について

4　介護報酬算定に関する基準について

5　その他事項について

59

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携　要届出

各類型のイメージ

○ **一体型**

定期巡回・随時対応事業所

介護職員
入浴・排泄その他の日常生活上の世話

連携

看護職員
療養上の世話　診療の補助

○ **連携型**

定期巡回・随時対応事業所

介護職員
入浴・排泄その他の日常生活上の世話

連携

訪問看護事業所

看護職員
療養上の世話　診療の補助

届出

60

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携 要届出

○ 訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算の届出をしていることが必要。

加算に関する留意事項

○ 要介護５の利用者へ訪問看護を行った場合は所定単位に加算。

１月につき　　**800**単位加算

取扱い

○ 報酬は月額定額報酬であるが、以下の場合は日割り計算。

- 月の途中から利用した場合、及び月の途中で訪問看護の利用を終了した場合
- 月の途中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
- 月の途中で要介護5から他の要介護度に変更になった場合、及び他の要介護度から要介護5に変更になった場合
- 月の途中で末期の悪性腫瘍又は別に厚生労働大臣が定める疾病状態となった場合

○ 利用を開始した日とは、利用契約を結んだ日ではなく、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した日をいう。（介護サービスのみ利用していた者が新たに訪問看護サービスを利用開始した場合は、訪問看護を利用した日をいう。）

61

各種届出について

種類	提出期限	備考
変更届	変更があった日から10日以内	期限超過の場合 遅延理由書の添付が必要
加算等の届出（体制届）	加算等を開始する前月15日まで	取消の届出は速やかに
再開届	再開した日から10日以内	
廃止・休止届	廃止・休止日の1月前まで	

○ 電子申請届出システムについては、**集団指導共通事項資料の「電子申請届出システムについて」（P66～）**をご確認ください。

○ 各種届出に係る詳細・届出様式は、保健福祉事務所ホームページをご確認ください。

○ 随時WAMNETを確認するようお願いします。

○ 介護報酬の解釈（令和6年4月版）や介護保険最新情報等に沿った適正な運営を行ってください。

62

最後に

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

○ **医療保険か、介護保険か**
・疾病名等をよくご確認ください。
「特定疾病」「特定医療費対象疾病」「厚生労働大臣が定める疾病」は異なります。

○ **医療保険との関連について**（診療報酬の問い合わせ）
・関東信越厚生局山梨事務所　TEL　０５５－２０９－１００１

63

1　人員･設備･運営基準について

1.1 総則

1.1-1 基準及び解釈通知

人員・設備・運営		
	訪問看護（居宅サービス）	介護予防訪問看護（介護予防サービス）
基準 （関係省令）	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準 （平成 11 年厚生省令第 37 号）	指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 （平成 18 年厚生労働省令第 35 号）
基準 （条例）	山梨県指定居宅サービス等の事業に関する基準等を定める条例 （山梨県条例第 58 号）	山梨県指定介護予防サービス等の事業に関する基準等を定める条例 （山梨県条例第 59 号）
解釈通知	指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について （平成 11 年老企第 25 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）	
報酬		
基準	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成 12 年厚生省告示第 19 号)	
留意事項通知	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）　及び　指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について （平成 12 年老企第 36 号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）	指定介護予防サービスに要する費用の額に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について （平成 18 年厚生省老健局計画課長、振興課長、老人保健課長通知）

1.1-2 基準の性格（解釈通知第 1 の 1-2 抜粋）

基準について

・基準は、指定居宅サービスの事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定居宅サービス事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければならない。

基準の性格について

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

指定の取消・効力の停止について

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

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

1.1-3 用語の定義

常勤換算方法

・当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。
この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務延時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなるものであること。
・ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業員が勤務すべき時間数を満たしたものとし、１として取り扱うことを可能とする。

勤務延時間数

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

常勤

・当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。
・ただし、母性健康管理措置または育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。
・同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所（同一敷地内に所在する又は道路を隔てて隣接する事業所をいう。ただし、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。）の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。
例えば、一の事業者によって行われる指定訪問介護事業所と指定居宅介護支援事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。
・また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従業者が労働基準法（昭和22年法律第49条）第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同法第2号に規定する介護休業（以下「介護休業」

という。)、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置または同法24条第1項（第2号に係る部分に限る。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の因数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

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

「専ら従事する」・「専ら提供に当たる」

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

1.2 基本方針等

1.2-1 基本方針

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

1.2-2 基本取扱方針

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

1.2-3 具体的取扱方針

訪問看護：第７１条（県基準条例）	介護予防訪問看護：７６条（県基準条例）
看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。 (1)提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び第 73 条第 1 項に規定する訪問看護計画書に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。 (2)提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。 (3)提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。 (4)前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。 (5)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。 (6)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。 (7)特殊な看護等については、これを行ってはならない。	看護師等の行う指定介護予防訪問看護の方針は、第 62 条に規定する基本方針及び基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。 (1)提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うものとする。 (2)看護師等（准看護師を除く。以下この条において同じ。）は、前号に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防訪問看護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防訪問看護計画書を作成し、主治の医師に提出しなければならない。 (3)介護予防訪問看護計画書は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。 (4)看護師等は、介護予防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。 (5)看護師等は、介護予防訪問看護計画書を作成した際には、当該介護予防訪問看護計画書を利用者に交付しなければならない。 (6)提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び介護予防訪問看護計画書に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行うものとする。 (7)提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うものとする。 (8)提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。 (9)前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

	(10)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サービスの提供を行うものとする。 (11)特殊な看護等については、これを行ってはならない。 (12)看護師等は、介護予防訪問看護計画書に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防訪問看護計画書に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも 1 回は、当該介護予防訪問看護計画書の実施状況の把握（以下「モニタリング」）を行うものとする。 (13)看護師等は、モニタリングの結果も踏まえつつ、訪問日、提供した看護内容等を記載した介護予防訪問看護報告書を作成し、当該報告書の内容について、当該指定介護予防支援事業者に報告するとともに、当該報告書を主治の医師に定期的に提供しなければならない。 (14)管理者は、介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。 (15)看護師等は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防訪問看護計画書の変更を行い、変更後の当該計画を主治の医師に提出しなければならない。 (16)(1)から(14)までの規定は、前号に規定する介護予防訪問看護計画書の変更について準用する。 (17)指定介護予防訪問看護を担当する医療機関である場合にあっては、(2)から(6)まで、(9)及び(12)から前号までの規定にかかわらず、介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書の作成及び提出は、診療録その他の診療に関する記録への記載をもって代えることができる。

1.3 人員･設備･運営基準

1.3-1 人員に関する基準

<table>
<tr><td rowspan="3">看護師等の員数</td><td>指定訪問看護ステーション</td><td>●看護職員
→ 常勤換算方法で２．５以上 うち１名は常勤
●理学療法士、作業療法士または言語聴覚士
→ 実情に応じた適当数
※出張所等があるときは、常勤換算を行う際の事業所の看護職員の勤務時間数とは、出張所等における勤務時間数も含める。</td></tr>
<tr><td>病院・診療所</td><td>●看護職員 → 適当数</td></tr>
<tr><td>指定定期巡回・随時対応訪問介護看護又は指定複合型サービスとの一体的運営</td><td>●指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業又は指定複合型サービス事業の指定を受ける上で必要とされている訪問看護の人員（常勤換算２．５人）を配置していることをもって、指定訪問看護の看護職員の人員を満たしていることとみなす。</td></tr>
<tr><td>管理者</td><td colspan="2">常勤専従（原則）
常勤であり、かつ、原則として専ら当該訪問看護ステーションの管理業務に従事する保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者。

●兼務関係について
当該訪問看護ステーションの管理業務に支障がない場合は、当該訪問看護ステーションの他の職務（以下、イ・ロ）、又は他の事業所、施設等の職務（以下、ハ）を兼ねることが可能。
イ 当該訪問看護ステーションの看護職員
ロ 健康保険法による指定を受けている場合の当該訪問看護ステーションの管理者又は看護職員
ハ 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者
※他の事業所、施設等での職務に従事する時間帯も、当該訪問看護ステーションの利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務に関し、一元的な管理及び指揮命令に支障が生じないとき

●職種について
長期間の傷病又は出張等のやむを得ない理由がある場合には、老人の福祉の向上に関し、相当の知識、経験及び熱意を有し、過去の経歴等を勘案して、都道府県知事に認められた者であれば、保健師及び看護師以外の者をあてることができる。
（この場合は、すみやかに常勤の保健師又は看護師の管理者を確保するよう努める必要がある）

●資質について
医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験のある者。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。</td></tr>
</table>

※ 県基準条例 第 64 条「看護師等の員数等」より抜粋

1.3-2 設備に関する基準

設備・備品等	指定訪問看護ステーション	●必要な広さの専用事務室・サービス提供に必要な設備・備品等を備える（同一敷地内に他の事業所・施設等がある場合は、必要な広さの専用区画で足りる）
	病院・診療所	●必要な広さの専用区画・サービス提供に必要な設備・備品等を備える

1.3-3 運営に関する基準

内容・手続の説明と同意

・あらかじめ利用申込者または家族に、運営規程の概要等サービス選択に資する重要事項を記した文書を交付して、説明を行い、サービスの開始について、同意を得て、提供を開始する。
・利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、文書の交付に代えて、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電磁的方法により提供することができる。この場合において、事業者は、当該文書を交付したものとみなす。

提供拒否の禁止

・正当な理由なくサービス提供を拒んではならない。
※正当な理由とは、①事業所の従業員数では利用申込みに応じきれない場合、②利用申込み者の居住地が通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し、自ら適切なサービス提供が困難な場合である。

サービス提供困難時の対応

・「提供拒否の禁止」における理由の他、利用申込者の病状等により、適切な訪問看護の提供が困難な場合、主治医師及び居宅介護支援事業者に連絡し、他事業者の紹介等を行う。

利用者の受給資格等の確認

・被保険者証により、認定の有無や有効期間を確認する。認定審査会意見が記載されていれば、それに配慮して提供する。

要介護認定の申請に係る援助

・認定申請を行っていない利用申込者の申請（必要な場合の更新認定の申請）を援助する。

心身の状況等の把握

・サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、病歴、環境、他の保健医療・福祉サービスの利用状況等を把握する。

居宅介護支援事業者等との連携

・居宅介護支援事業者や保健医療・福祉サービス提供者と連携に努める。サービス提供終了時には情報を提供する。終了時には主治医及び居宅介護支援事業者への情報提供に努める。

法定代理受領サービスの提供を受けるための援助
・法定代理受領サービスを受ける要件の説明の他、要件を満たしていない利用申込者・家族には、手続等を説明し、援助する。
居宅サービス計画に沿ったサービスの提供
・居宅サービス計画を作成している利用者に、計画に沿ったサービスを提供する。
居宅サービス計画等の変更の援助
・利用者がサービス計画変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡等の必要な援助を行う。
身分を証する書類の携行
・従業者は身分を証する書類を携行し、初回訪問時及び利用者・家族から求められたときは提示する。
サービス提供の記録
・提供日・内容や代理受領額等を居宅サービス計画の書面等に記載する。利用者から申し出があればその情報を提供する。
利用料等の受領
・法定代理受領サービスに該当するサービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、サービス費用基準額から事業者に支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払いをうける。 ・法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際の利用料の額と、居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにする。 ・あらかじめ利用者・家族にサービスの内容・費用について説明を行い、利用者の同意を得て、利用者負担が適当と認められる費用の支払いを利用者からうけることができる。
保険給付の請求のための証明書の交付
・法定代理受領サービスとならない利用料の支払をうけた場合、内容・費用等を記載したサービス提供証明書を利用者に交付する。
主治の医師との関係
・管理者は主治医の指示に基づき適切なサービスが行われるよう必要な管理をする。 ・事業者は、サービス提供の開始に際し主治医の指示を文書で受け、主治医に訪問看護計画書と訪問看護報告書を提出し（事業所が訪問看護を担当する医療機関である場合は診療記録への記載をし）、密接な連携を図る。 ※指定訪問看護事業所が主治医に提出する訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、書面又は電子的な方法により主治医に提出できるものとする。ただし、電子的方法によって、個々の利用者の訪問看護に関する訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提出する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI:Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。

訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

・看護師等（准看護師を除く）は、利用者の希望及び心身の状況、主治の医師の指示等を踏まえて、療養上の目標、目標達成のための具体的なサービス内容等を記載した訪問看護計画書を作成する。
・作成にあたり、計画の内容及び理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士による指定訪問看護については、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるものであること等を利用者・家族に対して説明し、利用者の同意を得て、利用者に計画を交付し、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成する。
・管理者は、訪問看護計画書と訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導と管理を行う。
・居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から訪問看護計画の提供の求めがあった際には、当該訪問看護計画を提出することに協力するよう努めるものとする。
・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問看護を提供している利用者については、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が連携し作成すること。具体的には、訪問看護計画書には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供するものを含め訪問看護の内容を一体的に記載するとともに、訪問看護報告書には訪問日や主な内容を記載することに加え、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が提供した指定訪問看護の内容とその結果を記載した文書を添付すること。

同居家族に対する訪問看護の禁止

・看護師等の同居家族である利用者へのサービス提供はできない。

利用者に関する市町村への通知

・利用者が正当な理由なく指示に従わず要介護状態等の程度を悪化させたときや、不正な受給があるとき等は、意見を付け市町村に通知する。

緊急時等の対応

・サービス提供時に利用者の病状が急変した場合などに、必要に応じて臨時応急の手当てを行なうとともに、速やかに主治の医師への連絡を行い指示を求める等の必要な措置を講じる。

管理者の責務

・管理者は、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

運営規程

・事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておく。
① 事業の目的及び運営の方針
② 従業者の職種、員数及び職務の内容
③ 営業日及び営業時間
④ 指定訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額
⑤ 通常の事業の実施地域
⑥ 緊急時等における対応方法
⑦ 虐待の防止のための措置に関する事項

⑧ その他運営に関する重要事項

勤務体制の確保等

・適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定め、資質の向上のために、その研修の機会を確保する。
・原則として月ごとの勤務表を作成し、看護師等については、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にする。
・事業者は、適切な指定訪問看護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより看護師等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

業務継続計画の策定等

・事業者は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する適正なサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
・事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。（それぞれ年１回以上）
・事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。
・感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。
・感染症の業務継続計画に係る研修、訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修、訓練と一体的に実施することも差し支えない。
・研修の実施内容についても記録すること。
・訓練の実施は、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

衛生管理等

・事業者は、看護師等の清潔の保持と健康状態について必要な管理を行い、設備と備品等について、衛生的な管理に努める。
・事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。
① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
② 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。（それぞれ年１回以上）

掲示　　※令和７年４月１日より義務化

・見やすい場所に、運営規程の概要等利用申込者のサービス選択に関係する重要事項を掲示する。
・重要事項を記載したファイル等を介護サービス利用申込者、利用者又はその家族が自由に閲覧可能な形で事業所内に備え付けることで掲示に代えることができる。
・原則として、重要事項等の情報をウェブサイト（法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システム）に掲載しなければならない。

秘密保持等

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

広告

・広告をする場合は、その内容が虚偽または誇大なものとしてはならない。

居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

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

苦情処理

・利用者・家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情受付窓口を設置する等の必要な措置※を講じる。

※必要な措置とは、次のとおり。
　・相談窓口、苦情処理の体制及び手順等事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにする
　・利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載する
　・苦情に対する措置の概要を事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載する

・苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録しなければならない。
・市町村からの文書その他の物件の提出・提示の求めや、質問・照会等に応じ、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。市町村から指導・助言を受けた場合には、必要な改善を行わなければならない。
・利用者からの苦情について国保連が行う調査に協力する。国保連から指導・助言を受けた場合には、必要な改善を行わなければならない。
・市町村・国保連から求めがあった場合には、改善の内容を市町村・国保連に報告しなければならない。

地域との連携等

・提供したサービスに関する利用者からの苦情に関して市町村が派遣する者が相談・援助を行う事業や、その他の市町村が実施する事業（介護相談員派遣事業など）に協力するよう努めること。
・事業者は、事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対してサービス提供をする場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対してもサービス提供を行うよう努めなければならない。

事故発生時の対応

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

虐待の防止

・事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じなければならない。
① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催すると共に、その結果について、看護師等に周知徹底を図ること。
② 事業所における虐待防止のための指針を整備すること。
③ 事業所において、看護師等に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施すること。（年１回以上）
④ ①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
・研修の実施内容についても記録することが必要。

会計の区分

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

記録の整備

・従業者・設備・備品・会計に関する諸記録を整備する。
・利用者に対するサービス提供に関しては、次を整備し、その完結の日から２年間保存する。
・「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとする。
① 主治医の指示書
② 訪問看護計画書
③ 訪問看護報告書
④ 提供した具体的なサービスの内容等の記録
⑤ 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由の記録
⑥ 市町村への通知の記録
⑦ 苦情の内容等の記録
⑧ 事故の状況、事故に際して採った処置の記録

2　報酬に関する基準

2.1 基本報酬等

訪問看護費	
イ　指定訪問看護ステーションの場合	
（１）所要時間２０分未満	314単位
（２）所要時間３０分未満	471単位
（３）所要時間３０分以上１時間未満	823単位
（４）所要時間１時間以上１時間３０分未満	1,128単位
（５）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合（１回につき）	294単位
ロ　病院又は診療所の場合	
（１）所要時間２０分未満	266単位
（２）所要時間３０分未満	399単位
（３）所要時間３０分以上１時間未満	574単位
（４）所要時間１時間以上１時間３０分未満	844単位
ハ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合（１月につき）	2,961単位
介護予防訪問看護費	
イ　指定介護予防訪問看護ステーションの場合	
（１）所要時間２０分未満	303単位
（２）所要時間３０分未満	451単位
（３）所要時間３０分以上１時間未満	794単位
（４）所要時間１時間以上１時間３０分未満	1,090単位
（５）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合（１回につき）	284単位
ロ　病院又は診療所の場合	
（１）所要時間２０分未満	256単位
（２）所要時間３０分未満	382単位
（３）所要時間３０分以上１時間未満	553単位
（４）所要時間１時間以上１時間３０分未満	814単位

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

イ及びロについて

通院が困難な利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者並びに精神科訪問看護・指導料（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示号第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表」という。）の区分番号Ｉ012に掲げる精神科訪問看護・指導料をいう。）及び精神科訪問看護基本療養費（訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）別表の区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費をいう。）に係る訪問看護の利用者を除く。以下この号において同じ。）に対して、その主治の医師の指示（指定訪問看護ステーション（指定居宅サービス基準第60条第１項第１号に規定する指定訪問看護ステーションをいう。以下同じ。）にあっては、主治の医師が交付した文書による指示。以下この号において同じ。）及び訪問看護計画書（指定居宅サービス基準第70条第１項に規定する訪問看護計画書をいう。以下同じ。）に基づき、指定訪問看護事業所（同項に規定する指定訪問看護事業所をいう。以下同じ。）の保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が、指定訪問看護（指定居宅サービス基準第59条に規定する指定訪問看護をいう。以下同じ。）を行った場合に、現に要した時間ではなく、訪問看護計画書に位置付けられた内容の指定訪問看護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定する（指定訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている指定訪問看護事業所であって、居宅サービス計画又は訪問看護計画書の中に20分以上の指定訪問看護が週１回以上含まれている場合にイ⑴又はロ⑴の単位数を算定する。）。

※ 別に厚生労働大臣が定める疾病等

▸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

□ 留意事項

●「通院が困難な利用者」について

・訪問看護費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居宅での支援が不可欠な者に対して、ケアマネジメントの結果、訪問看護の提供が必要と判断された場合は訪問看護費を算定できるものである。
・加えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護については、指定通所リハビリテーションのみでは家屋内におけるＡＤＬの自立が困難である場合であって、ケアマネジメントの結果、看護職員と理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が連携した家屋状況の確認を含めた訪問看護の提供が必要と判断された場合に、訪問看護費を算定できるものである。
・「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。

●訪問看護指示の有効期間について

・訪問看護ステーションにあっては、主治の医師の判断に基づいて交付（２か所以上の訪問看護ステーションからの訪問看護の場合は各訪問看護ステーションごとに交付）された指示書の有効期間内に訪問看護を行った場合に算定する。
・医療機関にあっては、指示を行う医師の診療の日から１月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から診療情報提供を受けて、訪問看護を実施した場合には、診療情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から１月以内に行われた場合に算定する。

●訪問看護の所要時間の算定について

① 20分未満の訪問看護費の算定について
・20分未満の訪問看護は、短時間かつ頻回な医療処置等が必要な利用者に対し、日中等の訪問看護における十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提として行われるものである。したがって、居宅サービス計画又は訪問看護計画において20分未満の訪問看護のみが設定されることは適切ではなく、20分以上の保健師又は看護師による訪問看護を週１回以上含む設定とすること。
・20分未満の訪問看護は、訪問看護を24時間行うことができる体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算の届け出をしている場合に算定可能である。

② 訪問看護は在宅の要介護者の生活パターンや看護の必要性に合わせて提供されるべきであることから、単に長時間の訪問看護を複数回に区分して行うことは適切ではない。そのため、次のような取扱いとして行うこと。
（一）前回提供した訪問看護からおおむね２時間未満の間隔で訪問看護を行う場合（20分未満の訪問看護費を算定する場合及び利用者の状態の変化等により緊急の訪問看護を行う場合を除く。）は、それぞれの所要時間を合算するものとする。
（二）１人の看護職員（保健師、看護師又は准看護師をいう。以下同じ。）が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を行った場合には、当該訪問看護の所要時間を合算することとする。なお、当該看護職員の提供時間を合算した場合に、准看護師による訪問看護が含まれる場合には、当該訪問看護費は、准看護師による訪問看護費を算定する。
（三）１人の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を行った後に、続いて他の職種の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を実施した場合（看護職員が訪問看護を行った後に続いて別の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を行う場合など）は職種ごとに算定できる。
（四）なお、１人の利用者に対して、連続して訪問看護を提供する必要性については、適切なケアマネジメントに基づき判断すること。

●末期の悪性腫瘍の患者等の取扱いについて

・末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等（利用者等告示第４号を参照のこと。）の患者については、医療保険の給付の対象となるものであり、訪問看護費は算定しない。

●精神科訪問看護・指導料等に係る訪問看護の利用者の取扱いについて

・精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費の算定に係る医療保険による訪問看護（以下、「精神科訪問看護」という。）の利用者については、医療保険の給付の対象となるものであり、同一日に介護保険の訪問看護費を算定することはできない。
・なお、月の途中で利用者の状態が変化したことにより、医療保険の精神科訪問看護から介護保険の訪問看護に変更、又は介護保険の訪問看護から医療保険の精神科訪問看護に変更することは可能であるが、こうした事情によらず恣意的に医療保険と介護保険の訪問看護を変更することはできないものであること。

准看護師による訪問の場合

准看護師が指定訪問看護を行った場合	所定単位数の以下に相当する単位数を算定 ・指定訪問看護ステーション、病院又は診療所の場合 1回につき　90／100 ・定期巡回・随時対応訪問看護事業所と連携する場合 （准看護師による訪問が1回でもある場合） 98／100

□ 留意事項

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

●居宅サービス計画上准看護師の訪問が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により訪問看護が行われた場合の取扱い

① 居宅サービス計画上、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師ではなく保健師又は看護師が訪問する場合については、所定単位数に100分の90を乗じて得た単位数を算定すること。また、居宅サービス計画上、保健師又は看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により保健師又は看護師ではなく准看護師が訪問する場合については、准看護師が訪問する場合の単位数（所定単位数の100分の90）を算定すること。
② 居宅サービス計画上、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師ではなく理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問する場合については理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の所定単位数を算定すること。また、居宅サービス計画上、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問することとされている場合に、事業所の事情により理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士ではなく准看護師が訪問する場合については、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の所定単位数を算定すること。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問の場合

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が １日に３回以上指定訪問看護を行った場合	所定単位数の以下に相当する単位数を算定 ・１回につき　90／100 ・（介護予防）１回につき　50／100

□ 留意事項

・１人の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を行った後に、続いて他の職種の看護職員又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を実施した場合（看護職員が訪問看護を行った後に続いて別の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が訪問看護を行う場合など）は職種ごとに算定できる。

● 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について

① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置付けのものである。
なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまで看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）の規定に関わらず業とすることができるとされている診療の補助行為（言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第42条第1項）に限る。

② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、１回当たり20分以上訪問看護を実施することとし、１人の利用者につき週に６回を限度として算定する。

③ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、１日２回を超えて（３回以上）行う場合には１回につき所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。なお、当該取扱いは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が連続して３回以上訪問看護を行った場合だけでなく、例えば午前中に２回、午後に１回行った場合も、同様である。
（例）１日の訪問看護が３回である場合の訪問看護費
１回単位数×（90/100）×３回

④ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問看護を提供している利用者については、毎回の訪問時において記録した訪問看護記録書等を用い、適切に訪問看護事業所の看護職員及び理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士間で利用者の状況、実施した内容を共有するとともに、訪問看護計画書（以下、「計画書」という。）及び訪問看護報告書（以下、「報告書」という。）は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が連携し作成すること。また、主治医に提出する計画書は理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した内容も一体的に記載するものとし、報告書には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供した訪問看護の内容とその結果等を記載した文書を添付すること。

⑤ 複数の訪問看護事業所から訪問看護を受けている利用者について、計画書及び報告書の作成にあたっては当該複数の訪問看護事業所間において十分な連携を図ったうえで作成すること。

⑥ 計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。

⑦ ⑥における、訪問看護サービスの利用開始時とは、利用者が過去２月間（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化する場合や利用者の心身状態や家族等の環境の変化等の際に訪問することをいう。

⑧ 理学療法士等の訪問回数による減算-留意事項　参照

●居宅サービス計画上准看護師の訪問が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により訪問看護が行われた場合の取扱い（再掲）

・居宅サービス計画上、准看護師が訪問することとされている場合に、事業所の事情により准看護師ではなく理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問する場合については理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の所定単位数を算定すること。

・居宅サービス計画上、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問することとされている場合に、事業所の事情により理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士ではなく准看護師が訪問する場合については、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合の所定単位数を算定すること。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携（訪問看護のみの取扱い）

ハについて、

・指定定期巡回･随時対応型訪問介護看護事業所（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。）第３条の４第１項本文に規定する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所をいう。以下同じ。）と連携して指定訪問看護を行い、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定訪問看護事業所において、通院が困難な利用者に対して、その主治の医師の指示及び訪問看護計画書に基づき、指定訪問看護事業所の看護師等が、指定訪問看護を行った場合に、１月につきそれぞれ所定単位数を算定する。

・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。

※ 厚生労働大臣が定める施設基準

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

□ 要介護５の利用者への指定訪問看護を行った場合の加算

保健師、看護師又は准看護師が要介護５の利用者に対して指定訪問看護を行った場合は所定単位数に加算。	・１月につき　800単位

□ 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取扱いとする。

（一）月の途中から訪問看護を利用した場合又は月の途中で訪問看護の利用を終了した場合には、利用期間（訪問看護の利用を開始した日から月末日まで又は当該月の初日から利用を終了した日まで）に対応した単位数を算定する（以下「日割り計算」という。）こととする。なお、利用を開

始した日とは、利用者が訪問看護事業者と利用契約を結んだ日ではなく、実際に利用者が定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した日をいう。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護サービスのみ利用していた者が、あらたに訪問看護サービスを利用開始した場合は訪問看護を利用した日をいう。

（二）月の途中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。

（三）月の途中で要介護５から他の要介護度に変更となった場合、及び他の要介護度から要介護５に変更になった場合は日割り計算により算定する。

（四）月途中で、末期の悪性腫瘍又は別に厚生労働大臣が定める疾病の状態（利用者等告示第四号を参照のこと。）となった場合は、その状態にある期間について日割り計算により算定する。

主治の医師の特別な指示があった場合の取扱い

イ及びロについて

・指定訪問看護を利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。）が、当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日から14日間は医療保険の対象となるため、訪問看護費は、算定しない。

□ 留意事項

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

・医療機関の訪問看護の利用者について、急性憎悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要があって、医療保険の給付対象となる場合には、頻回の訪問看護が必要な理由、その期間等については、診療録に記載しなければならない。

他サービス相互の算定関係

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

・施設入所（入院）者が外泊又は介護保健施設、経過的介護療養型医療施設若しくは介護医療院の試行的を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に居宅サービスは算定できない。

2.2 加算

早朝・夜間、深夜加算	
イ及びロについて、 ・夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合 夜間：午後６時から午後１０時 早朝：午前６時から午前８時 ・深夜に指定訪問看護を行った場合 深夜：午後１０時から午前６時	１回につき ・夜間又は早朝　25／100 ・深夜　50／100

□ 留意事項

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

複数名訪問加算	
イ及びロについて、 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合であって、同時に複数の看護師等が１人の利用者に対して指定訪問看護を行ったとき又は看護師等が看護補助者と同時に１人の利用者に対して指定訪問看護を行ったときは、複数名訪問加算として、次に掲げる区分に応じ、１回につきそれぞれの単位数を所定単位数に加算する。	１回につき （１）複数名訪問加算（Ⅰ） （一）３０分未満　254単位 （二）３０分以上　402単位 （２）複数名訪問加算（Ⅱ） （一）３０分未満　201単位 （二）３０分以上　317単位

（１）複数名訪問加算（Ⅰ）
（一）複数の看護師等が同時に所要時間３０分未満の指定訪問看護を行った場合
（二）複数の看護師等が同時に所要時間３０分以上の指定訪問看護を行った場合

（２）複数名訪問加算（Ⅱ）
（一）看護師等が看護補助者と同時に所要時間３０分未満の指定訪問看護を行った場合
（二）看護師等が看護補助者と同時に所要時間３０分以上の指定訪問看護を行った場合

※ 別に厚生労働大臣が定める基準

・同時に複数の看護師等により訪問看護を行うこと又は看護師等が看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当するとき
イ　利用者の身体的理由により１人の看護師等による指定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等から判断して、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も含む。）が同時に訪問看護を行ったことのみをもって算定することはできない。

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。

長時間訪問看護加算

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

※ 厚生労働大臣が定める状態

・次のいずれかに該当する状態

イ　診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科診療報酬点数表」という。）に掲げる在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態

ロ　医科診療報酬点数表に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態

ハ　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

ニ　真皮を越える褥瘡の状態

ホ　点滴注射を週３日以上行う必要があると認められる状態

□ 留意事項

・当該加算については、保健師又は看護師が行う場合であっても、准看護師が行う場合であっても、同じ単位を算定するものとする。

特別地域訪問看護加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定訪問看護事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事業所を除く。）又はその一部として使用される事務所の看護師等が指定訪問看護を行った場合。	・イ及びロ 1回につき　15／100 ・ハ（訪問看護のみ） 1月につき　15／100

※ 別に厚生労働大臣が定める地域

・別紙「報酬評価の対象となる地域指定」参照

□ 留意事項

・所定単位数には緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。
・「その一部として使用される事務所」とは、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所（以下「サテライト事業所」という。）を指し、例えば、本体の事業所が離島等以外に所在し、サテライト事業所が離島等に所在する場合、本体事業所を業務の本拠とする訪問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訪問看護師等による訪問看護は加算の対象となるものであること。
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訪問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。

中山間地域等における小規模事業所加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定訪問看護事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の看護師等が指定訪問看護を行った場合。	・イ及びロ 1回につき　10／100 ・ハ（訪問看護のみ） 1月につき　10／100

※ 別に厚生労働大臣が定める地域

・別紙「報酬評価の対象となる地域指定」参照

※ 別に厚生労働大臣が定める施設基準

・訪問看護事業所：1月当たり延べ訪問回数が100回以下であること。
・介護予防訪問看護事業所：1月当たり延べ訪問回数が5回以下であること。

□ 留意事項

・所定単位数には緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。

①「その一部として使用される事務所」とは、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所（以下「サテライト事業所」という。）を指し、例えば、本体の事業所が離島等以外に所在し、サテライト事業所が離島等に所在する場合、本体事業所を業務の本拠とする訪問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訪問看護師等による訪問看護は加算の対象となるも

のであること。
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訪問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。

② 延訪問回数は前年度（３月を除く。）の１月当たりの平均延訪問回数をいうものとする。

③ 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、直近の３月における１月当たりの平均延訪問回数を用いるものとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、４月目以降届出が可能となるものであること。
平均延訪問回数については、毎月ごとに記録するものとし、所定の回数を上回った場合については、直ちに届出を提出しなければならない。

④ 当該加算を算定する事業所は、その旨に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。

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

指定訪問看護事業所の看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（指定居宅サービス基準第73条第５号に規定する通常の事業の実施地域をいう。）を越えて、指定訪問看護を行った場合。	・イ及びロ １回につき　5／100 ・ハ（訪問看護のみ） １月につき　5／100

※ 別に厚生労働大臣が定める地域

・別紙「報酬評価の対象となる地域指定」参照

□ 留意事項

・所定単位数には緊急時訪問看護加算、特別管理加算及びターミナルケア加算を含まないこと。
・当該加算を算定する利用者については、指定居宅サービス基準第66条第３項に規定する交通費の支払いを受けることはできない。

緊急時訪問看護加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

・訪問看護ステーション 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届出を行った指定訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して当該基準により24時間連絡できる体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合。 ・病院又は診療所 指定訪問看護を担当する医療機関が、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合。 ※(Ⅰ)・(Ⅱ)は併算定不可	・１月につき （１）緊急時訪問看護加算（Ⅰ） （一）訪問看護ステーション 600単位 （二）病院・診療所 325単位 （２）緊急時訪問看護加算（Ⅱ） （一）訪問看護ステーション 574単位 （二）病院・診療所 315単位

※ 厚生労働大臣が定める基準

イ　緊急時訪問看護加算（Ⅰ）　次のいずれにも適合すること。

（１）利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること。

（２）緊急時訪問における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備が行われていること。

ロ　緊急時訪問看護加算（Ⅱ）

イ（１）に該当するものであること。

□ 留意事項

① 緊急時訪問看護加算については、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある事業所において、当該事業所の看護師等が訪問看護を受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に加算する。

② 緊急時訪問看護加算については、当該月の第１回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に加算するものとする。なお当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用した場合の緊急時訪問看護加算及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の看護小規模多機能型居宅介護における緊急時対応加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における24時間対応体制加算は算定できないこと。

③ 当該月において計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合については、当該緊急時訪問の所要時間に応じた所定単位数（准看護師による緊急時訪問の場合は所定単位数の100分の90）を算定する。この場合、居宅サービス計画の変更を要する。なお、当該緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算は算定できないが、１月以内の２回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定する。

④ 緊急時訪問看護加算は、１人の利用者に対し、１か所の事業所に限り算定できる。このため、緊急時訪問看護加算に係る訪問看護を受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問看護を受けていないか確認すること。

⑤ 訪問看護を担当する医療機関にあっては、緊急時訪問看護加算の届出は利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、訪問看護ステーションにおける緊急時訪問看護加算の算定に当たっては、第１の１（５）（※）によらず、届出を受理した日から算定するものとする。

※第１の１（５）：届出に係る算定の開始時期

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

⑥ 24時間連絡できる体制としては、当該訪問看護事業所以外の事業所又は従事者を経由するような連絡相談体制をとることや、訪問看護事業所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。また、緊急時訪問看護加算に係る連絡相談を担当する者は、原則として当該訪問看護事業所の保健師又は看護師とする。

⑦ 24 時間連絡できる体制とは⑥で示すとおりだが、次に掲げる事項のいずれにも該当し、利用者又は家族等からの連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、当該訪問看護事業所の保健師又は看護師以外の職員に連絡相談を担当させても差し支えない。

ア 保健師又は看護師以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。

イ 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。

ウ 当該訪問看護事業所の管理者は、連絡相談を担当する保健師又は看護師以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。

エ 保健師又は看護師以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に、保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。

オ アからエまでについて、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。

カ 指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する保健師又は看護師以外の職員について届け出させること。

⑧ ⑦のアの「マニュアル」には、相談内容に応じた電話対応の方法及び流れ、利用者の体調や看護・ケアの方法など看護に関する意見を求められた場合の保健師又は看護師への連絡方法、連絡相談に関する記録方法、保健師又は看護師及び保健師又は看護師以外の職員の情報共有方法等を定めること。
また、⑦のウの「保健師又は看護師以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること」とは、保健師又は看護師以外の職員の勤務日及び勤務時間を勤務時間割表として示し、保健師又は看護師に明示すること。

⑨ 緊急時訪問看護加算(Ⅰ)は、訪問看護事業所における24時間連絡できる体制を充実するため、看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていることを評価するものである。
緊急時訪問看護加算(Ⅰ)を算定する場合は、次に掲げる項目のうち、次のア又はイを含むいずれか２項目以上を満たす必要があること。

ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保

イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が２連続（２回）まで

ウ 夜間対応後の暦日の休日確保

エ 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫

オ ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減

カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

⑩ ⑨の夜間対応とは、当該訪問看護事業所の運営規程に定める営業日及び営業時間以外における必要時の緊急時訪問看護や、利用者や家族等からの電話連絡を受けて当該者への指導を行った場合とし、単に勤務時間割表等において営業日及び営業時間外の対応が割り振られているが夜間対応がなかった場合等は該当しない。また、翌日とは、営業日及び営業時間外の対応の終了時刻を含む日をいう。

イの「夜間対応に係る勤務の連続回数が２連続（２回）まで」は、夜間対応の開始から終了までの一連の対応を１回として考える。なお、専ら夜間対応に従事する者は含まないものとする。また、夜間対応と次の夜間対応との間に暦日の休日を挟んだ場合は、休日前までの連続して行う夜間対応の回数を数えることとするが、暦日の休日中に夜間対応が発生した場合には当該対応を１回と数えることとし、暦日の休日前までの夜間対応と合算して夜間対応の連続回数を数えること。

エの「夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫」は、単に従業者の希望に応じた夜間対応の調整をする場合等は該当しない。

オの「ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減」は、例えば、看護記録の音声入力、情報通信機器を用いた利用者の自宅等での電子カルテの入力、医療情報連携ネットワーク等のＩＣＴを用いた関係機関との利用者情報の共有、ＩＣＴやＡＩを活用した業務管理や職員間の情報共有等であって、業務負担軽減に資するものが想定される。なお、単に電子カルテ等を用いていることは該当しない。

カの「電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保」は、例えば、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者からの対応方法等に係る相談を受けられる体制等が挙げられる。

特別管理加算（区分支給限度基準額の算定対象外）	
指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して、指定訪問看護事業所が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、別に厚生労働大臣が定める区分に応じて、いずれかを加算する。	1月につき （1）特別管理加算（Ⅰ）　500単位 （2）特別管理加算（Ⅱ）　250単位

※ 厚生労働大臣が定める区分

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

□ 留意事項

① 特別管理加算については、利用者や居宅介護支援事業所が訪問看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。
② 特別管理加算は、当該月の第1回目の介護保険の給付対象となる訪問看護を行った日の所定単位数に算定するものとする。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に【※以下下線部分は訪問看護のみの取扱い】定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける特別管理加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における特別管理加算は算定できないこと。
③ 特別管理加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、2か所以上の事業所から訪問看護を利用する場合については、その分配は事業所相互の合議に委ねられる。
④「真皮を越える褥瘡の状態」とは、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「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合には、定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケア（利用者の家族等に行う指導を含む）について訪問看護記録書に記録すること。
⑥「点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態」とは、主治の医師が点滴注射を週3日以上行うことが必要である旨の指示を訪問看護事業所に対して行った場合であって、かつ、当該事業所の看護職員が週3日以上点滴注射を実施している状態をいう。
⑦ ⑥の状態にある者に対して特別管理加算を算定する場合は、点滴注射が終了した場合その他必要が認められる場合には、主治の医師に対して速やかに当該者の状態を報告するとともに、訪問看護記録書に点滴注射の実施内容を記録すること。
⑧ 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこととする。

専門管理加算

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、都道府県知事に届出を行った指定訪問看護事業所の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、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。	・１月につき（１回に限る） 250単位

・次に掲げる区分に応じ、いずれかを所定単位数に加算する。

イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合

（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（重点的な褥瘡管理を行う必要性が認められる利用者（在宅での療養を行っているものに限る。）にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に行った場合に限る。）

ロ　特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合

（医科診療報酬点数表の区分番号C007の注３に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。）

※ 厚生労働大臣が定める基準

・次のいずれかに該当するものであること

イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

ロ　保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において、同項第１号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。

□ 留意事項

① 専門管理加算のイは、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる利用者（在宅での療養を行っているものに限る。）にあっては真皮まで状態の利用者）、人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治の医師から交付を受けた訪問看護指示書に基づき、指定訪問看護事業所に配置されている、次のいずれかの研修を受けた看護師が、定期的（１月に１回以上）に指定訪問看護を行うとともに、当該利用者に係る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に、月１回に限り算定する。

ａ 緩和ケアに係る専門の研修

(a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

(b) 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を 目的とした研修であること。

(c) 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
（ｉ）ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
（ii）悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
（iii）悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
（iv）緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
（ｖ）セルフケアへの支援及び家族支援の方法
（vi）ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
（vii）ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
（viii）コンサルテーション方法
（ix）ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
（ｘ）実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

b 褥瘡ケアに係る専門の研修
(a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの
(b) 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

c 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修
(a) 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの
(b) 講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

② 専門管理加算のロは、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第37条の２第２項第１号に規定する特定行為に係る同項第２号に規定する手順書（以下「手順書」という。）の交付対象となった利用者（医科診療報酬点数表の区分番号Ｃ００７に掲げる訪問看護指示料の注３を算定する利用者に限る。）に対して、それらの者の主治の医師から交付を受けた訪問看護指示書及び手順書に基づき、指定訪問看護事業所に配置されている、同項第５号に規定する指定研修機関において行われる同項第１号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とする次の行為に係る研修を修了した看護師が、定期的 （１月に１回以上）に指定訪問看護を行うとともに、当該利用者に係る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に、月１回に限り算定する。なお、手順書について、主治の医師と共に、利用者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。

a 気管カニューレの交換
b 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
c 膀胱ろうカテーテルの交換
d 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
e 創傷に対する陰圧閉鎖療法
f 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
g 脱水症状に対する輸液による補正

ターミナルケア加算（訪問看護のみ）（区分支給限度基準額の算定対象外）

在宅で死亡した利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った指定訪問看護事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に２日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して訪問看護を行っている場合にあっては、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。）	・当該者の死亡月につき 2,500単位

※ 厚生労働大臣が定める基準

イ　ターミナルケアを受ける利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、指定訪問看護を行うことができる体制を整備していること。

ロ　主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。

ハ　ターミナルケアの提供について、利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

※ 厚生労働大臣が定める状態

・次のいずれかに該当する状態

イ　多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリ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、頚髄損傷及人工呼吸器を使用している状態

ロ　急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

□ 留意事項

① ターミナルケア加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとされているが、ターミナルケアを最後に行った日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には死亡月に算定することとする。

② ターミナルケア加算は、１人の利用者に対し、１か所の事業所に限り算定できる。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算（以下ターミナルケア加算等」という）は算定できないこと。

③ 一の事業所において、死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険又は介護保険の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ１日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナルケア加算等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できないこと。

④ ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録しなければならない。

ア　終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録

イ　療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録

ウ　看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

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

⑤ ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。

⑥ ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

遠隔死亡診断補助加算

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、都道府県知事に届出を行った指定訪問看護事業所の情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科診療報酬点数表の区分番号C001の注８（医科診療報酬点数表に区分番号C001-２の注６の規定により準用する場合（指定特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。）を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。）について、その主治の医師の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合。	・当該利用者の死亡月につき 150単位

※ 厚生労働大臣が定める基準

・情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。

※ 厚生労働大臣が定める地域

別紙「報酬評価の対象となる地域指定」の特別地域訪問看護加算対象地域を参照

□ 留意事項

・遠隔死亡診断補助加算は、連携する保険医療機関において医科診療報酬点数表の区分番号Ｃ００１の注８（医科診療報酬点数表の区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合（指定特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。）を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特別地域に居住する利用者に限る。）について、主治の医師の指示により、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、厚生労働省「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づき、主治の医師による情報通信機器を用いた死亡診断の補助を行った場合に算定する。

・情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修とは、厚生労働省「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づく「法医学等に関する一定の教育」であること。

初回加算

新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、初回の指定訪問看護を行った場合。 （１）初回加算（Ⅰ） 新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合。 （２）初回加算（Ⅱ） 指定訪問看護事業所において、新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、初回の指定訪問看護を行った場合。	・１月につき （１）初回加算（Ⅰ）　350単位 （２）初回加算（Ⅱ）　300単位 ※（１）・（２）は併算定不可

□ 留意事項

① 本加算は、利用者が過去２月間（暦月）において、当該訪問看護事業所から訪問看護（医療保険の訪問看護を含む。）の提供を受けていない場合であって新たに訪問看護計画書を作成した場合に算定する。
② 病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日に看護師が訪問する場合に初回加算（Ⅰ）を算定する。
③ 初回加算（Ⅰ）を算定する場合は、初回加算（Ⅱ）は算定しない。

退院時共同指導加算

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院時共同指導（当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を提供することをいう。）を行った後に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合。 ただし、初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算は算定しない。	・１回に限り　600単位 （特別な管理を必要とする利用者について複数日に行った場合は、２回） ※初回加算算定時は算定不可

□ 留意事項

① 退院時共同指導加算は、病院、診療所【※以下下線部分は訪問看護のみの取扱い】、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、訪問看護ステーションの看護師等が、退院時共同指導を行った後に当該者の退院又は退所後、初回の訪問看護を実施した場合に、１人の利用者に当該者の退院又は退所につき１回（厚生労働大臣が定める状態（報酬告示第六号を参照のこと。）にある利用者について、複数日に退院時共同指導を行った場合には２回）に限り、当該加算を算定できること。この場合の当該加算は、初回の訪問看護を実施した日に算定すること。なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定できる。
また、退院時共同指導は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレ

ビ電話装置等の活用について当該者又はその看護に当たる者の同意を得なければならない。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

② ２回の当該加算の算定が可能である利用者（①の厚生労働大臣が定める状態の者）に対して複数の訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所が退院時共同指導を行う場合にあっては、１回ずつの算定も可能であること。

③ 複数の訪問看護ステーション等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関、介護老人保健施設若しくは介護医療院に対し、他の訪問看護ステーション等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。

④ 退院時共同指導加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける退院時共同指導加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における当該加算は算定できないこと（②の場合を除く。）。

⑤ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

看護・介護職員連携強化加算（訪問看護のみ）

指定訪問看護事業所が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の３第１項の登録又は同法附則第27条第1項の登録を受けた指定訪問介護事業所と連携し、当該事業所の訪問介護員等が当該事業所の利用者に対し社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為を円滑に行うための支援を行った場合。	・１月に１回に限り　　250単位

□ 留意事項

① 看護・介護職員連携強化加算は、訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引等の業務が円滑に行われるよう、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行うとともに当該訪問介護員等に同行し、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。

看護体制強化加算

イ及びロについて、 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届出を行った指定訪問看護事業所が、医療ニーズの高い利用者への指定訪問看護の提供体制を強化した場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次のいずれかに掲げる所定単位数を加算する。	・１月につき
（１）看護体制強化加算（Ⅰ）	（１）看護体制強化加算（Ⅰ）　550単位
（２）看護体制強化加算（Ⅱ）	（２）看護体制強化加算（Ⅱ）　200単位
介護予防訪問看護の場合 （３）看護体制強化加算	（３）看護体制強化加算　100単位

※ 厚生労働大臣が定める基準

・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）

（１）算定日が属する月の前６月間において、指定訪問看護事業所（指定居宅サービス等基準第60条第１項に規定する指定訪問看護事業所をいう。以下同じ。）における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算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20以上であること。

（３）算定日が属する月の前12月間において、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。

（４）当該事業所において指定訪問看護の提供に当たる従業者（指定居宅サービス等基準第60条第１項に規定する看護師等をいう。以下この号において同じ。）の総数のうち、同項第１号イに規定する看護職員の占める割合が100分の60以上であること。ただし、同項に規定する指定訪問看護事業者が、指定介護予防訪問看護事業所の指定を併せて受け、かつ、指定訪問看護の事業と指定介護予防訪問看護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合における、当該割合の算定にあっては、指定訪問看護を提供する従業者と指定介護予防訪問看護を提供する従業者の合計数のうち、看護職員の占める割合によるものとする。

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

ロ　看護体制強化加算（Ⅱ）

（１）イ(１)、(２)及び(４)に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（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。

※指定訪問看護ステーション以外の事業所につては加算(Ⅰ)の(1)(2)、加算(Ⅱ)の(2)を満たすこと。

看護体制強化加算（介護予防訪問看護の場合）

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

※指定介護予防訪問看護ステーション以外の事業所については加算(Ⅰ)の(1)(2)を満たすこと。

□ 留意事項

① 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　指定訪問看護事業所における実利用者数の総数

② 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数の総数

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。

④ 看護職員の占める割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前月（歴月）の平均を用いることとする。なお、当該割合が100分の60から１割を超えて減少した場合（100分の54を下回った場合）には、その翌月から看護体制強化加算を算定できないものとし、１割の範囲内で減少した場合（100分の54以上100分の60未満）には、その翌々月から当該加算を算定できないものとすること（ただし、翌月の末日において100分の60以上となる場合を除く。）。

⑤ 当該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。

⑥ 当該加算を算定するに当たっては、医療機関との連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。

⑦ 当該加算の算定に当たっては、イ(１)、(２)及び(４)の割合並びにイ(３)及びロ(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。その割合及び人数については、台帳等により毎月記録するものとし、所定の基準を下回った場合については、直ちに届出を提出しなければならないこと。

⑧ 当該加算は、訪問看護事業所の利用者によって（Ⅰ）又は（Ⅱ）を選択的に算定することができないものであり、当該訪問看護事業所においていずれか一方のみを選択し、届出を行うこと。（訪問看護のみ）

口腔連携強化加算

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、都道府県知事に届出を行った指定訪問看護事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、所定単位数を加算する。	・１月に１回に限り 50単位

※ 厚生労働大臣が定める基準

イ　指定訪問看護事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

ロ　次のいずれにも該当しないこと。

（１）他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。

（２）当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。

（３）当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。

□ 留意事項

① 口腔連携強化加算の算定に係る口腔の健康状態の評価は、利用者に対する適切な口腔管理につなげる観点から、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

② 口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関（以下「連携歯科医療機関」という。）の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。

③ 口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、別紙様式６等により提供すること。

④ 歯科医療機関への情報提供に当たっては、利用者又は家族等の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供を行うこと。

⑤ 口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。

イ 開口の状態
ロ 歯の汚れの有無
ハ 舌の汚れの有無
ニ 歯肉の腫れ、出血の有無
ホ 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
ヘ むせの有無

ト ぶくぶくうがいの状態
チ 食物のため込み、残留の有無

⑥ 口腔の健康状態の評価を行うに当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）及び「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」(令和６年３月日本歯科医学会）等を参考にすること。

⑦ 口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。

⑧ 口腔連携強化加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。

サービス提供体制強化加算（区分支給限度基準額の算定対象外）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届出を行った指定訪問看護事業所が、利用者に対し、指定訪問看護を行った場合。	・イ及びロ 加算（Ⅰ） 1回につき 6単位 加算（Ⅱ） 1回につき 3単位 ・ハ（訪問看護のみ） 加算（Ⅰ） 1月につき 50単位 加算（Ⅱ） 1月につき 25単位

※ 厚生労働大臣が定める基準

・次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

（1）指定訪問看護事業所の全ての看護師等に対し、看護師等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。

（2）利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定訪問看護事業所における看護師等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。

（3）当該指定訪問看護事業所の全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的に実施すること。

（4）当該指定訪問看護事業所の看護師等の総数のうち、勤続年数７年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

ロ　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

（1）イ(1)から(3)までに揚げる基準のいずれにも適合すること。

（2）当該指定訪問看護事業所の看護師等の総数のうち、勤続年数３年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

□ 留意事項

① 研修について

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

② 会議の開催について

「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達又は当該指定訪問看護事業所における訪問看護従業者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所においてサービス提供に当たる訪問看護従業者のすべてが参加するものでなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。なお、「定期的」とは、概ね１月に１回以上開催されている必要がある。

また、会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

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

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

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

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

⑤ 前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近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、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに届出（※）を提出しなければならない。

(※)加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い

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

⑥ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。

⑦ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

⑧ 同一の事業所において介護予防訪問看護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

2.3 減算

高齢者虐待防止措置未実施減算	
別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、所定単位数から減算する。	・所定単位数の　　1／100

※ 厚生労働大臣が定める基準

・指定居宅サービス等基準第74条において準用する同基準第37条の2に規定する基準に適合していること。

※ 基準第37条の2

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

① 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、看護師等に周知徹底を図ること。

② 事業所における虐待防止のための指針を整備すること。

③ 事業所において、看護師等に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施すること。

④ ①～③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

□ 留意事項

・高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、指定居宅サービス基準第37条の２（指定居宅サービス等基準第39条の３において準用する場合を含む。）に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。

・具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年１回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から３月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

業務継続計画未策定減算　※令和７年４月１日から適用	
別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、所定単位数から減算する。	・所定単位数の　　1／100

※ 厚生労働大臣が定める基準

・指定居宅サービス等基準第74条において準用する同基準第30条の2第1項に規定する基準に適合していること。

※ 基準第30条の2第1項

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

□ 留意事項

・業務継続計画未策定減算については、指定居宅サービス等基準第30条の２第１項（指定居宅サービス等基準第39条の３において準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。

同一敷地内建物等に居住する利用者に対する減算

・次に該当する利用者に対して、指定訪問看護を行った場合 （１）指定訪問看護事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物、指定訪問看護事業所と同一の建物（「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者 （２）１月当たりの利用者が同一建物に20人以上居住する建物に居住する利用者 （３）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	所定単位数の以下に相当する単位数を算定 ・（１）・（２）の場合 １回につき　90／100 ・（３）の場合 １回につき　85／100

□ 留意事項

① 同一敷地内建物等の定義

・「同一敷地内建物等」とは、当該指定訪問看護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該指定訪問看護事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。

・具体的には、一体的な建築物として、当該建物の１階部分に指定訪問看護事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合など、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。

② 同一の建物に 20 人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）の定義

イ 「当該指定訪問看護事業所における利用者が同一建物に 20 人以上居住する建物」とは、①に該当するもの以外の建築物を指すものであり、当該建築物に当該指定訪問看護事業所の利用者が 20 人以上居住する場合に該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用者数を合算するものではない。

ロ この場合の利用者数は、１月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、１月間の利用者の数の平均は、当該月における１日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。また、当該指定訪問看護事業所が、第１号訪問事業（旧指定介護予防訪問介護に相当するものとして市町村が定めるものに限る。以下同じ。）〔指定介護予防訪問看護〕と一体的な運営をしている場合、第１号訪問事業の利用者を含めて計算すること。

③ 当該減算は、指定訪問看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。

（同一敷地内建物等に該当しないものの例）
・同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合
・隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

④ ①及び②のいずれの場合においても、同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定訪問看護事業所の指定訪問看護事業者と異なる場合であっても該当するものであること。

⑤ 同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物の定義

イ　同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該指定訪問看護事業所の利用者が 50 人以上居住する建物の利用者全員に適用されるものである。

ロ　この場合の利用者数は、１月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、１月間の利用者の数の平均は、当該月における１日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

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

ハについて 指定訪問看護を利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設及び介護医療院の医師を除く。）が、当該利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、当該指示の日数に応じて、所定単位数から減算する。	・１日につき　　97単位

理学療法士等の訪問回数による減算

イ（５）について 別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する指定訪問看護事業所については、所定単位数から減算する。	・１回につき　　8単位

※ 厚生労働大臣が定める施設基準

・次のいずれかに該当すること。

イ　当該訪問看護事業所における前年度の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えていること。

ロ　緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算のいずれも算定していないこと。

□ 留意事項

・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下において「理学療法士等」という。）による訪問看護は、当該訪問看護事業所における前年の４月から当該年の３月までの期間の理学療法士等による訪問回数が看護職員による訪問回数を超えている場合は、当該年度の理学療法士等の訪問看護費から８単位を減算する。

・前年の４月から当該年の３月までの期間の看護職員の訪問回数が理学療法士等による訪問回数以上である場合であっても、算定日が属する月の前６月間において、緊急時訪問看護加算(Ⅰ)、緊急時訪問看護加算(Ⅱ)、特別管理加算(Ⅰ)、特別管理加算(Ⅱ)、看護体制強化加算(Ⅰ)及び看護体制強化加算(Ⅱ)のいずれも算定していない場合は、理学療法士等の訪問看護費から８単位を減算する。
・定期的な看護職員による訪問に際し、看護職員と理学療法士等が同時に訪問した場合、看護職員の訪問看護費を算定する場合は看護職員の訪問回数を積算し、看護職員の訪問看護費を算定せず、理学療法士等の訪問看護費を算定する場合には、理学療法士等の訪問回数として積算すること。

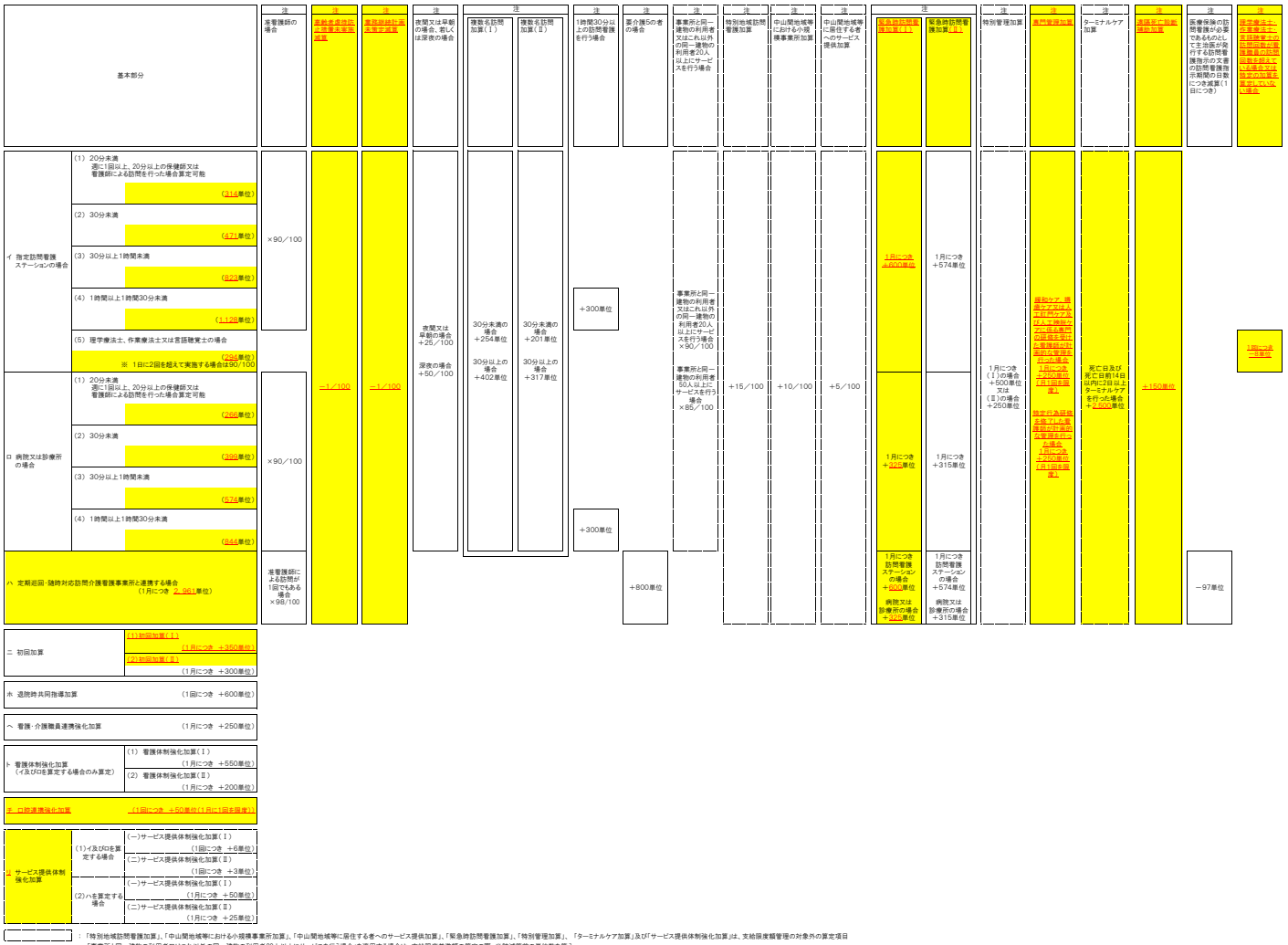
理学療法士等による１２月を超える訪問に対する減算（介護予防のみ）

イ（５）について 利用者に対して、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による指定介護予防訪問看護の利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防訪問看護を行う場合、次の区分により所定単位数から減算する。 （１）理学療法士等の訪問回数による減算を算定している （２）理学療法士等の訪問回数による減算を算定していない	・１回につき (１)の場合 ８単位減算に加えて　15単位 (２)の場合　　5単位

□ 留意事項

・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が提供する介護予防訪問看護の利用が12月を超える場合は、理学療法士等の訪問回数による減算を算定している場合は、15単位減算し、算定していない場合は、5単位減算する。
・入院による中断があり、かつ、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。

3 訪問看護費



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

※ 1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定できるものとする。

※ 業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用する。

2 介護予防訪問看護費

基本部分		
イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能	(303単位)
	(2) 30分未満	(451単位)
	(3) 30分以上1時間未満	(794単位)
	(4) 1時間以上1時間30分未満	(1,090単位)
	(5) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合	(284単位) ※ 1日に2回を超えて実施する場合は50／100
ロ 病院又は診療所の場合	(1) 20分未満 週に1回以上、20分以上の保健師又は看護師による訪問を行った場合算定可能	(256単位)
	(2) 30分未満	(382単位)
	(3) 30分以上1時間未満	(553単位)
	(4) 1時間以上1時間30分未満	(814単位)

注	イ 指定介護予防訪問看護ステーションの場合	ロ 病院又は診療所の場合
准看護師の場合	×90／100（(1)～(4)）	×90／100
高齢者虐待防止措置未実施減算	−1／100	−1／100
業務継続計画未策定減算	−1／100	−1／100
夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合	夜間又は早朝の場合 +25／100 深夜の場合 +50／100	夜間又は早朝の場合 +25／100 深夜の場合 +50／100
複数名訪問加算（Ⅰ）	30分未満の場合 +254単位 30分以上の場合 +402単位	30分未満の場合 +254単位 30分以上の場合 +402単位
複数名訪問加算（Ⅱ）	30分未満の場合 +201単位 30分以上の場合 +317単位	30分未満の場合 +201単位 30分以上の場合 +317単位
1時間30分以上の介護予防訪問看護を行う場合	+300単位（(4)）	+300単位（(4)）
事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	同左
特別地域介護予防訪問看護加算	+15／100	+15／100
中山間地域等における小規模事業所加算	+10／100	+10／100
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5／100	+5／100
緊急時訪問看護加算（Ⅰ）	1月につき +600単位	1月につき +325単位
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）	1月につき +574単位	1月につき +315単位
特別管理加算	1月につき （Ⅰ）の場合 +500単位 又は （Ⅱ）の場合 +250単位	1月につき （Ⅰ）の場合 +500単位 又は （Ⅱ）の場合 +250単位
専門管理加算	緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合 1月につき +250単位（月1回を限度） 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合 1月につき +250単位（月1回を限度）	同左
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合又は特定の加算を算定していない場合	1回につき −8単位（(5)）	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問看護を行った場合	1回につき −5単位（左の減算を算定している場合は −15単位）（(5)）	

ハ 初回加算	(1)初回加算（Ⅰ）	（1月につき +350単位）
	(2)初回加算（Ⅱ）	（1月につき +300単位）
ニ 退院時共同指導加算		（1回につき +600単位）
ホ 看護体制強化加算		（1月につき +100単位）
ヘ 口腔連携強化加算		（1回につき +50単位（1月に1回を限度））
ト サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	（1回につき +6単位）
	(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（1回につき +3単位）

（点線枠）：「特別地域介護予防訪問看護加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、「緊急時介護予防訪問看護加算」、「特別管理加算」及び「サービス提供体制強化加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

※ 1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の介護予防訪問看護に係る加算を算定できるものとする。

※ 業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用する。

3 介護予防訪問リハビリテーション費

基本部分		
イ 介護予防訪問リハビリテーション費	病院又は診療所の場合	1回につき 298単位
	介護老人保健施設の場合	
	介護医療院の場合	

注	イ 介護予防訪問リハビリテーション費
事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100
高齢者虐待防止措置未実施減算	−1／100
業務継続計画未策定減算	−1／100
特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算	+15／100
中山間地域等における小規模事業所加算	+10／100
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5／100
短期集中リハビリテーション実施加算	1日につき +200単位
口腔連携強化加算	1月につき +50単位（1月に1回を限度）
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（基準に該当する場合に限る。）	1回につき −50単位
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問リハビリテーションを行った場合（要件を満たさない場合）	1回につき −30単位

ロ 退院時共同指導加算		（1回につき +600単位）
ハ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	（1回につき +6単位）
	(2) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	（1回につき +3単位）

（点線枠）：「特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」及び「サービス提供体制強化加算」は、支給限度額管理の対象外の算定項目
「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」を適用する場合は、支給限度基準額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

※ 業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用する。

◍各種届出の手続き等について

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

（各様式については，各保健福祉事務所　福祉課（長寿介護担当）のホームページを参照）

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

（０）各届出における共通事項

【届 出 先】　各保健福祉事務所　福祉課　長寿介護担当
【届出部数】　1部（副本は各事業所で保管してください）

（１）【変更届】届出を要する事項の変更の届出

【届出の時期】 変更があったときから10日以内
※加算等の変更が必要な際は、加算を行う月の前月の15日以前に届出

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

【届出を要する事項及び主な提出書類】

届出を要する事項	提出書類	様式
全事項共通　必須書類	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	別紙2
	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅）	別紙 1-1
	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（予防）	別紙 1-2
定期巡回・随時対応サービス連携	訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携に係る届出書	別紙15
緊急時訪問看護加算	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16
特別管理加算	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16
ターミナルケア加算	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16
専門管理加算	専門管理加算に係る届出書	別紙17
遠隔死亡診断補助加算	遠隔死亡診断補助加算に係る届出書	別紙18
看護体制強化加算	看護体制強化加算に係る届出書	別紙19
	緊急時（介護予防）訪問看護加算の算定状況	別紙19-①
	特別管理加算の算定状況	別紙19-②
	ターミナルケア加算の算定状況/看護職員の割合	別紙19-③
	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	標準様式1
口腔連携強化加算	口腔連携強化加算に関する届出書	別紙11
サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算に関する届出書	別紙14-2
	サービス提供体制強化加算Ⅰ　要件確認表	別紙14-2-①
	サービス提供体制強化加算Ⅱ　要件確認表	別紙14-2-②
中山間地域等における小規模事業所加算	中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）確認表	確認表

※上記様式の他、提出が必要な書類があります。詳細は HP をご確認ください。

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

※ 届出に当たっての留意事項

① 届出に係る加算等の算定の開始時期

届出に係る加算等のうち算定される単位数が増えるものについては、適正な支給限度額管理のため、利用者や居宅介護支援事業者に対する周知期間を確保する観点から、以下のとおり算定を開始する。

届出が毎月 15日以前になされた場合 ： 翌月から

16日以降になされた場合 ： 翌々月から

② 加算等が算定されなくなる場合の届出の取扱い

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

なお、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から、加算等の算定は行わないものとする。

また、この場合に届出を行わず、当該加算について請求を行った場合には、不正請求となり支払われた介護給付費は不当利得となるため、返還措置を講ずることとなりますのでご注意ください。

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

（３）指定更新

【申請の時期】 指定更新予定日の14日前まで

（４）事業の再開の届出

【提出書類】 ・再開届出書 （別紙様式第一号(六)）
・付表 （付表第一号(三)）
・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）
・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙 1-1 ・ 別紙 1-2）
・その他必要書類（詳細は HP で確認）

【届出の時期】 再開したときから10日以内

（５）事業の廃止・休止の届出

【提出書類】 ① 廃止 廃止届出書 （別紙様式第一号(七)）
② 休止 休止届出書 （別紙様式第一号(七)）

【届出の時期】 廃止又は休止する日の1月前まで

報酬評価の対象となる地域指定

＊毎年更新される可能性がありますので、ご注意ください。

R7.4.1現在

	山村振興法	厚生労働大臣が別に定める地域	豪雪法	辺地法	特定農山村法	過疎法
特別地域加算	●	●				
中山間地域等における小規模事業所加算 ※特別地域加算対象地域を除く			●	●	●	●
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	●		●	●	●	●
甲府市		旧上九一色村（北部地域） （現在の） 梯町、古関町		旧上九一色村（北部地域） （現在の） 梯町、古関町	旧上九一色村（北部地域） （現在の） 梯町、古関町	旧上九一色村（北部地域） （現在の） 梯町、古関町
富士吉田市					全域	
都留市	旧谷村町（川棚） 旧宝村（厚原、大幡、金井、加畑、中津森、平栗） 旧盛里村（朝日曽雌、朝日馬場、盛里、与縄） （現在の） 川棚、厚原、大幡、金井、加畑、中津森、平栗、朝日曽雌、朝日馬場、盛里、与縄			旧盛里村（大平） （現在の） 朝日曽雌（大平）	全域	
山梨市	旧牧丘町（牧丘町北原、牧丘町西保中、牧丘町牧平） 旧三富村 （現在の） 牧丘町北原、牧丘町西保中、牧丘町牧平、三富			旧牧丘町（牧平） 旧三富村（雷、徳和） （現在の） 牧丘町牧平、三富川浦（雷）、三富徳和	旧牧丘町 旧三富村 （現在の） 牧丘町、三富	旧牧丘町 旧三富村 （現在の） 牧丘町、三富
大月市	旧笹子村 旧七保町 （現在の） 笹子町、七保町			旧猿橋町（朝日小沢） 旧七保町（浅川、上和田） 旧笹子村（追分） 旧賑岡村（西奥山） （現在の） 猿橋町朝日小沢（朝日小沢） 七保町浅川、七保町瀬戸（上和田） 笹子町黒野田（追分） 賑岡町奥山（西奥山））	全域	
韮崎市	旧清哲村 旧円野村 （現在の）清哲町、円野町			旧穂坂村（三之蔵） （現在の）穂坂町三之蔵	旧神山村 旧清哲村 旧円野村 （現在の）神山町、清哲町、円野町	
南アルプス市	旧芦安村		旧芦安村	旧芦安村（大曽利） （現在の）芦安芦倉（大曽利）	旧芦安村 旧榊村 旧野之瀬村 旧源村 （現在の） 上宮地、曲輪田、高尾、平岡、上野、中野、上市之瀬、下市之瀬、あやめが丘、有野、飯野新田、大嵐、曲輪田新田、駒場、塩前、須沢、築山	旧芦安村
北杜市	旧須玉町（小尾、江草、上津金、下津金、比志） 旧高根町（浅川、清里） 旧武川村（黒沢、新奥、牧原、三吹、宮脇、山高） （現在の） 須玉町小尾、須玉町江草、須玉町上津金、須玉町下津金、須玉町比志 高根町浅川、高根町清里 武川町黒沢、武川町新奥、武川町牧原、武川町三吹、武川町宮脇、武川町山高			旧須玉町（桑原、黒森、御所） 旧高根町（浅川、旧樫山、長沢、念場、東井出） 旧白州町（大武川、山口） 旧長坂町（大井ヶ森、小荒間、白井沢）旧明野村（浅尾原、東光、正楽寺） 旧武川村（真原） （現在の） 須玉町上津金（桑原）、須玉町小尾（黒森）、須玉町下津金（御所）、高根町浅川（浅川、旧樫山）、高根町清里（念場）、高根町長沢、高根町東井出、白州町大武川、上教来石（山口）、長坂町大井ヶ森、長坂町小荒間、長坂町白井沢、明野町浅尾（浅尾原、東光）、武川町（真原）、明野町小笠原（正楽寺）	旧小淵沢町 旧須玉町 旧長坂町 旧白州町 旧明野村 旧熱見村 旧大泉村 旧清里村 旧武川村 （現在の） 小淵沢町、須玉町、長坂町、白州町、明野町、高根町蔵原、高根町小池、高根町村山西割、大泉町、高根町浅川、高根町清里、武川町	旧須玉町 旧白州町 旧武川村 （現在の） 須玉町、白州町、武川町
甲斐市		旧清川村 （現在の） 福沢		旧敷島町（福沢） （現在の） 上福沢、下福沢	旧敷島町 旧吉沢村 旧清川村 旧睦沢村 （現在の） 牛句、大久保、境、大下条、島上条、天狗沢、中下条、長塚、吉沢、千田、安寺、上芦沢、上福沢、神戸、下芦沢、下福沢、打返、漆戸、上菅口、亀沢、獅子平、下菅口、岩森、宇津谷、志田、下今井	
笛吹市	旧芦川村 （現在の） 芦川町			旧芦川村（鶯宿、上芦川、中芦川） 旧御坂町（藤野木） （現在の） 芦川町鶯宿、芦川町上芦川、芦川町中芦川、御坂町藤野木	旧芦川村 旧岡部村 旧御坂町 （現在の） 芦川町、春日居町国府、春日居町鎮目、春日居町徳条、御坂町	旧芦川村 （現在の） 芦川町

	山村振興法	厚生労働大臣が別に定める地域	豪雪法	辺地法	特定農山村法	過疎法
特別地域加算	●	●				
中山間地域等における小規模事業所加算 ※特別地域加算対象地域を除く			●	●	●	●
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	●		●	●	●	●
上野原市	旧秋山村 旧上野原町（西原、棡原） （現在の） 秋山、西原、棡原			旧秋山村（安寺沢、寺下） 旧上野原町（飯尾、猪丸、西原、沢渡、棚頭、藤尾、和見） （現在の） 秋山安寺沢、秋山（寺下）、西原（西原、飯尾、藤尾）、棡原（猪丸、沢渡）、甲東（棚頭、和見）	全域	全域
甲州市	旧塩山市 旧大和村 （現在の） 塩山一之瀬高橋、塩山上萩原、塩山上小田原、塩山下小田原、塩山竹森、塩山平沢、塩山福生里、大和町				旧塩山市 旧大和村 （現在の） 塩山、大和町	全域
中央市						
市川三郷町	旧市川大門町（三帳、下芦川、高萩、中山、垈、畑熊） （現在の） 三帳、下芦川、高萩、中山、垈、畑熊			旧下九一色村	旧市川大門町 旧三珠町 旧落居村 （現在の） 上野、大塚、三帳、下芦川、高萩、中山、垈、畑熊、下大鳥居、八之尻、黒沢、印沢、高田、落居、岩下、五八、寺所	全域
早川町	全域		全域	旧五箇村（天久保） 旧都川村（京ヶ島、西之宮） 旧西山村（湯島） 旧三里村（大原野） 旧本建村（赤沢、馬場） （現在の） 薬袋（天久保）、京ヶ島、西之宮、湯島、大原野、赤沢、馬場	全域	全域
身延町	旧下部町 旧身延町丸畑 （現在の） 遅沢、山家、江尻窪、中山、梨子、福原、古長谷、矢細工、大山、山家、久保、嶺、市之瀬、岩欠、上之平、大炊平、川向、北川、清沢、下部、杉山、大子、常葉、波高島、桃ヶ窪、湯之奥、大磯小磯、折門、釜額、瀬戸、中之倉、根子、八坂、古関、大崩、大垈、帯金、上八木沢、下八木沢、角打、椿草里、樋之上、丸滝、和田、相又、大城、小田船原、門野、清子、光子沢、横根中			旧下部町（田原） 旧中富町（曙、大塩、久成、日向南沢、平須） 旧身延町（相又上、粟倉、大城、門野・湯平、清子、横根中、和田） （現在の） 上田原、下田原、曙、大塩、久成、日向南沢、平須、相又上、粟倉、大城、門野・湯平、清子、横根中、和田	全域	全域
南部町	旧南部町（井出、内船、上佐野、下佐野、十島） 旧富河村（楮根、福士） 旧万沢村（万沢） （現在の） 井出、内船、上佐野、下佐野、十島、楮根、福士、万沢			旧富河村（徳間） 旧万沢村（陵草） （現在の） 福士（徳間）、万沢	全域	全域
富士川町	旧鰍沢町（国見平、十谷、長知沢、鳥屋、箱原、柳川） 旧増穂町（小室、高下、平林） （現在の） 鰍沢（国見平）、十谷、長知沢、鳥屋、箱原、柳川、小室、高下、平林			旧鰍沢町（十谷、鳥屋、柳川） 旧増穂町（高下、平林） （現在の） 十谷、鳥屋、柳川、高下、平林	全域	旧鰍沢町
昭和町						
道志村	全域			大渡、久保、笹久根、白井平、長又、野原	全域	全域
西桂町					全域	
忍野村						
山中湖村						
鳴沢村	全域				全域	
富士河口湖町	旧足和田村 （現在の）西湖、長浜	旧上九一色村 （南部地域） （現在の） 精進、本栖、富士ヶ嶺		旧足和田村 旧上九一色村（南部地域） （現在の） 西湖、根場、精進、本栖、富士ヶ嶺	旧足和田村 旧大石村 旧河口村 旧上九一色村（南部地域） （現在の） 西湖、西湖西、西湖南、長浜、大石、河口、精進、本栖、富士ヶ嶺	旧上九一色村 （南部地域） （現在の） 精進、本栖、富士ヶ嶺
小菅村	全域				全域	全域
丹波山村	全域				全域	全域

介護保険における「特定疾病」及び「厚生労働大臣が定める疾病等」の疾病一覧

2025/04/01現在

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

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

◆特定医療費支給認定：現在、341疾病が医療費助成の対象となっており、
山梨県健康増進課ホームページ等にて対象疾病の確認が可能。

※1 パーキンソン病はホーエン・ヤールの重症度分類がステージ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

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。