令和５年度

訪問看護（病院又は診療所が行うもの）
訪問リハビリテーション
居 宅 療 養 管 理 指 導

集団指導資料

※資料内容については、必ず確認を行ってください。
※令和６年度の制度改正に伴う変更箇所等、特に重要な箇所については赤文字で表記しています。
※「訪問看護」「訪問リハビリ」「居宅療養管理指導」に係る改正は、令和６年６月１日から施行されますので、ご注意ください。
※本資料の内容は、令和６年３月１１日時点での情報を基に作成しています。今後、厚生労働省から発出される通知等の内容が本資料の内容と異なる場合がありますので、厚生労働省から発出される通知等を必ず確認してください。

令和６年３月１９日（火）

倉敷市保健福祉局　指導監査課

＜ 目 次 ＞

第１　共通（訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導） 1
１　主な関係法令等 1
２　総則・通則事項 4
３　運営に関する基準（共通部分） 7
第２　訪問看護 13
Ⅰ　訪問看護の基準について 13
Ⅱ　訪問看護の介護報酬の算定について 15
Ⅲ　訪問看護における体制等の届出について 31
Ⅳ　その他 32
１　入居、入所、入院している利用者への訪問看護（介護保険）の可否 32
２　制度別対象疾患一覧（介護保険２号該当・医療保険の訪問看護） 33
３　訪問看護における必要な同意について 34
第３　訪問リハビリテーション 35
Ⅰ　訪問リハビリテーションの指定について 35
Ⅱ　訪問リハビリテーションの基準について 37
Ⅲ　訪問リハビリテーションの介護報酬の算定について 40
Ⅲ　訪問リハビリテーションにおける体制等届出について 49
Ⅳ　訪問リハビリテーションにおける必要な同意について 50
第４　居宅療養管理指導 51
Ⅰ　居宅療養管理指導の基準について 51
Ⅱ　居宅療養管理指導の介護報酬の算定について 54
Ⅲ　居宅療養管理指導における体制等届出について 66
第５　その他 67

＜参考資料＞

別紙様式１～５……70
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……76
令和６年度介護報酬改定における改定事項について…… 107
介護報酬の算定構造（案）…… 133

第１　共通（訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導）

１　主な関係法令等

【★】は令和６年度に改正が行なわれるもの

（１）　基本法
介護保険法（平成9年法律第123号）【★】
介護保険法施行令（平成10年政令第412号）【★】
介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）【★】
（２）　人員・設備・運営に関する基準（※は対応する倉敷市の条例・規則等）
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）【★】 ※「倉敷市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年倉敷市条例第58号）」【★】 ※「倉敷市指定居宅サービス等の事業の人員及び運営に関する基準を定める規則（平成25年倉敷市規則第14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）【★】 ※「倉敷市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成24年倉敷市条例第61号）」【★】 ※「倉敷市指定介護予防サービス等の事業の人員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を定める規則（平成25年倉敷市規則第15号）」【★】
指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年老企第25号）【★】 ※「介護保険法に基づき条例及び規則で規定された指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等の基準等について（平成25年3月22日介第2131号）」（本市独自基準）
（３）　介護報酬
①居宅サービス
指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）【★】
指定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）【★】
②介護予防サービス
指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）【★】
指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）【★】
（４）　その他
①訪問看護
訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて（平成12年老企第55号）【★】
指定訪問看護事業者が卸売販売業者から購入できる医薬品等の取扱いについて（平成23年厚生労働省医薬食品局総務課／老健局老人保健課／保険局医療課　事務連絡）
②訪問リハビリテーション
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（令和６年●●発第

●号）【新規制定】
科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和６年老老発●●第●）【新規制定】
医療保険及び介護保険法におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について（平成18年老老発第1225003号・保医発第1225001号）
③居宅療養管理指導
在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理指導費の給付調整に係る留意事項について（平成24年老健局振興課・老人保健課事務連絡）
④共通
医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（平成18年老老発0428001号・保医発第0428001号）【★令和６年度改正見込み】

※上記の法令･通知等は、次の文献、ホームページ等で確認できます。

文　献
介護報酬の解釈《令和６年４月版（予定）》（発行：社会保険研究所）
ホームページ
【厚生労働省法令等データベースサービス】 https://www.mhlw.go.jp/hourei/
【e-GOV法令検索】 https://elaws.e-gov.go.jp/
【介護サービス関係Ｑ＆Ａ】☆厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index_qa.html 注①　エクセル表のため、用語検索が可能になっている。 注②　Q&Aは、各種法令や告示、通知において規定されている事項について、個別具体的な運用方法を規定したものなので、各種法令等と併せて活用すること。
【介護保険に関する情報】☆ＷＡＭ．ＮＥＴ（運営：独立行政法人福祉医療機構） https://www.wam.go.jp/
【倉敷市　条例・規則検索システム】 https://krm203.legal-square.com/HAS-Shohin/page/SJSrbLogin.jsf

【その他関連情報掲載ページ】

厚生労働省ホームページ
【令和６年度介護報酬改定について】 ※後日掲載予定
【介護報酬の算定構造（令和６年４月版）】 ※後日掲載予定
【科学的介護】 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html
【介護サービス情報の公表制度】 https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-kouhyou.html
【高齢者虐待防止】 ・マニュアル、研修資料等 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/boushi/index.html
【介護現場におけるＩＣＴの利用促進】 https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-ict.html
【介護現場におけるハラスメント対策】 ・介護現場におけるハラスメント対策マニュアル ・研修の手引き ・介護現場における事例集 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html
【人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン】 https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html
【厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等】 ・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 ・医療情報システムの安全管理に関するガイドライン https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

２　総則・通則事項

※赤字は令和６年度改正部分

■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（抜粋）（平成11年9月17日老企第25号）【解釈通知】

第２　総論

２　用語の定義

（１）「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。

この場合の勤務時間数は、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措置」という。）が講じられている場合、３０時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、１として取り扱うことを可能とする。

（３）「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、母性健康管理措置又は育児、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。

また、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数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、１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、従事者が労働基準法（昭和２２年法律第４９号）第６５条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第２条第１号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第２号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第２３条第２項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第２４条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従業者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

■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（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）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（抜粋）
（平成12年3月1日老企第36号）【留意事項通知】

第１　届出手続の運用

１　届出の受理

（５）届出に係る加算等の算定の開始時期

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。

ただし、令和６年４月から算定を開始する加算等の届出については、前記にかかわらず、同年４月１日以前になされていれば足りるものとする。

（注）倉敷市では、令和６年４月１日適用の体制の届出については、令和６年４月１５日を提出期限とします。

２　届出事項の公開

届出事項については都道府県（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第１項の指定都市（以下「指定都市」という。）及び同法第252条の22第１項の中核市（以下「中核市」という。）においては、指定都市又は中核市。以下同じ。）（指定居宅介護支援事業者に係る届出事項については、市町村。）において閲覧に供するほか、事業者においても利用料に係る情報として事業所内で掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載することになること。

また、ウェブサイトとは、**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**をいい、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36 号）第140条の44各号に掲げる基準に該当する事業所については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、ウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいこと。

なお、居宅療養管理指導については、自ら管理するホームページ等を有さず、ウェブサイトへの掲載が過重な負担となる場合は、これを行わないことができる。

第２　居宅サービス単位数表に関する事項

１　通則

（８）常勤換算方法及び常勤の具体的な取扱いについて

常勤換算方法及び常勤の具体的な取扱いについては、①及び②のとおりとすること。

① 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（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講じ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、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、１として取り扱うことを可能とする。

② 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が、母性健康管理措置又は育児、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。

また、常勤による従業者の配置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号）第６５条に規定する休業、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、同条第２号に規定する介護休業、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又は同法第２４条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該要件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従業者の員数に換算することにより、当該要件を満たすことが可能であることとする。

（10）令和６年４月から５月までの取扱い

① 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等の一部を改正する告示（令和６年厚生労働省告示第●号）において、**訪問看護費、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費**及び通所リハビリテーション費（以下「訪問看護費等」という。）**に係る改正は令和６年６月施行**となっているところ、令和６年４月から５月までの間の訪問看護費等の算定は、「「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」等の一部改正について」（令和６年３月●日老高発●●老認発●●老健発●●）による改正前の本通知に基づき実施するものとする。

② 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等の一部を改正する告示（令和６年厚生労働省告示第●号）において、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算（以下「処遇改善３加算」という。）の一本化は令和６年６月施行となっているところ、令和６年４月から５月までの間の処遇改善３加算の内容については、別途通知（「介護職員等処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」）を参照すること。

■指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抜粋）（平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）【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（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日老企第36号）と同様の改正のため、省略。

＜参考＞

【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

・医療情報システムの安全管理に関するガイドライン

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

【法務省】

・押印についてのＱ＆Ａ

https://www.moj.go.jp/content/001322410.pdf

３　運営に関する基準（共通部分）

※「★赤字」は令和６年６月１日改正部分

条例：「倉敷市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成24年12月19日倉敷市条例第58号））
規則：「倉敷市指定居宅サービス等の事業の人員及び運営に関する基準を定める規則」（平成25年3月14日倉敷市規則第14号））

条文	見出し	概　　要
条例 第3条	指定居宅サービスの事業の一般原則	・利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めること。 ・地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めること。 ・利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じること。 ・サービス提供に当たっては、介護保険法第１１８条の２第１項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めること。 ※「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ：Long-term care Information system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましい。 ＜参考＞ 「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム利活用の手引き」等 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html 厚生労働省ホームページ：科学的介護 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html **介護保険法（平成9年法律第123号）** （市町村介護保険事業計画の作成等のための調査及び分析等） 第百十八条の二　厚生労働大臣は、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の作成、実施及び評価並びに国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、次に掲げる事項に関する情報（以下「介護保険等関連情報」という。）のうち、第一号及び第二号に掲げる事項について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとするとともに、第三号及び第四号に掲げる事項について調査及び分析を行い、その結果を公表するよう努めるものとする。 一　介護給付等に要する費用の額に関する地域別、年齢別又は要介護認定及び要支援認定別の状況その他の厚生労働省令で定める事項 二　被保険者の要介護認定及び要支援認定における調査に関する状況その他の厚生労働省令で定める事項 三　訪問介護、訪問入浴介護その他の厚生労働省令で定めるサービスを利用する要介護者等の心身の状況等、当該要介護者等に提供される当該サービスの内容その他の厚生労働省令で定める事項 四　地域支援事業の実施の状況その他の厚生労働省令で定める事項
規則 第4条	内容及び手続の説明及び同意	・サービスの提供の開始に際し、利用申込者又はその家族に重要事項を記した文書（**重要事項説明書**）を交付して説明を行い、**同意**を得ること。 ※なお、重要事項説明書の交付及び同意は、できる限り書面によることが望ましいが、利用者からの承諾を得た上で、書面に代えて、**電磁的方法**により行うことができる。

条例 第5条	提供拒否の禁止	・事業者は、正当な理由なくサービスの提供を拒んではならないこと。
規則 第5条 第42条	サービス提供困難時の対応	・適切なサービスを提供することが困難な場合は、利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、他の同種サービス事業者等の紹介等を行うこと。 **※訪問看護の場合は主治医への連絡を行うこと。**
規則 第6条	受給資格等の確認	・サービス提供を求められた場合、以下の要件を被保険者証で確認すること。 ①被保険者資格 ②要介護（支援）認定等の有無 ③要介護（支援）認定等の有効期間 ・認定審査会意見が記載されている場合は、それに配慮したサービスを提供するよう努めること。
規則 第7条	要介護認定の申請に係る援助	・要介護認定を受けていない利用申込者に対して、必要な援助を行うこと。 ・要介護認定の更新に際しては、有効期間終了30日前までに申請されるよう、必要な援助を行うこと。
規則 第8条	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、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めること。（利用者アセスメント）
規則 第43条	居宅介護支援事業者との連携	・サービス提供に当たっては、居宅介護支援事業所と密接に連携すること。 ・サービス提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医及び居宅介護支援事業所に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めること。
規則 第11条	居宅サービス計画に沿ったサービスの提供	・居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供すること。
規則 第13条	身分を証する書類の携行	・職員には身分を証する書類を携行させること。 ・初回訪問時及び利用者又は家族から求められたときは提示すること。 ※事業所名や氏名の記載に加え、写真の貼付や職能の記載を行うことが望ましい。
規則 第14条	サービスの提供の記録	・サービス利用票等にサービス提供実績（提供日や具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要事項）を記録すること。 ・利用者からの申出があった場合は、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に提供すること。
規則 第16条	保険給付の請求のための証明書の交付	・サービスの内容、費用の額等を記したサービス提供証明書を交付すること。
条例 第34条 第2項 条例 第 39 条 第2項 条例 第 44 条 第2項	基本取扱方針	・事業者は提供するサービスの質について、自ら又は外部の第三者による評価を行い、常にその改善を図ること。 ※サービスの質の評価は、自ら行う評価に限らず、第三者評価などの外部の者による評価など、多様な評価方法を広く用い、様々な視点から客観的にサービスの質の評価を行わなければならない。**【市独自基準】** ※また、評価の結果を踏まえ、常にサービスの改善を図りながらより良いサービスの提供を行わなければならない。 （参考）「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン第２版」（一般社団法人全国訪問看護事業協会） https://www.zenhokan.or.jp/guideline/

規則 第19条	利用者に関する市町村への通知	・利用者が次のいずれかに該当する場合、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知すること。 ①正当な理由なしにサービスの利用に関する指示に従わず、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。 ②偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、または受けようとしたとき。
規則 第37条	管理者の責務	・事業所の管理者は従業者の管理及びサービス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こと。
規則 第22条	運営規程	・事業の運営についての重要事項に関する規程を定めること。 ①事業の目的及び運営方針 ②従業者の職種、員数及び職務の内容 ※従業員の員数は、基準を満たす範囲で「○人以上」と記載してよい。 ③営業日及び営業時間 ④利用料その他の必要の額 ⑤通常の事業の実施地域 ⑥緊急時等における対応方法（※訪問看護のみ） **⑦虐待の防止のための措置に関する事項（※令和６年度から必須）** ⑧その他運営に関する重要事項
規則 第24条	勤務体制の確保等	・適切なサービスを提供できるよう、勤務の体制を定めておくこと。 ・従業者の資質向上のため、研修の機会を確保すること。 ・職場において行われる性的な言動（セクシュアルハラスメント）又は優越的な関係を背景とした言動（パワーハラスメント）により、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより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**を講じること。 **＜ハラスメントに関する「必要な措置」について＞** 事業主が講じるべき措置の具体的内容については、次のとおり。 ①事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発 職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。 ②相談・苦情に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備 相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、従業者に周知すること。 ※カスタマーハラスメントに関する取り組みも合わせて行うことが望ましい。 **＜参考資料＞** ①事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成１８年厚生労働省告示第６１５号） ②事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上構ずべき措置等についての指針（令和２年厚生労働省告示第５号） ③介護現場におけるハラスメント対策マニュアル ④（管理職・職員向け）研修のための手引き **＜掲載場所＞** ・厚生労働省ホームページ「介護現場におけるハラスメント対策」 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html

規則 第 24 条 の2	業務継続計画の策定等	**【「訪問看護」「訪問リハビリテーション」は令和６年３月３１日までの経過措置期間が終了】** ※居宅療養管理指導は、令和９年３月３１日まで経過措置期間が延長され、努力義務となる。 ・感染症や非常災害の発生時に、サービス提供を継続的に実施するため、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、必要な措置を講じること。 ※「感染症に係る業務継続計画」及び「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は、一体的に策定することとして差し支えない。 ・業務継続計画について従業者に周知し、必要な**研修及び訓練**（シミュレーション）を定期的（年１回）に実施すること。 ※「規則第25条　衛生管理等」における研修及び訓練と一体的に実施して差し支えない。 ・定期的に見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。 **＜「業務継続計画」についての参考資料＞** ・「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」 ・「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」 ・「新型コロナウイルス感染症ＢＣＰひな形」 ・「自然災害ＢＣＰひな形」 ・「介護施設・事業所における業務継続計画（ＢＣＰ）作成支援に関する研修」 **＜掲載場所＞** ・厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html
規則 第25条	衛生管理等	・従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うこと。 ・設備及び備品等を衛生的に管理するよう努めること。 ・感染症が発生又まん延しないように①～③の措置を講じること。**【令和６年３月３１日までの経過措置期間が終了】** ①**「感染症の予防及びまん延等の防止のための対策を検討する委員会」**を概ね６月に１回以上開催し、その結果を従業者に周知徹底すること。 ※虐待防止委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。 ②**「感染症の予防及びまん延等の防止のための指針」**を整備すること。 ※「感染症に係る業務継続計画」及び「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。 ③**「感染症の予防及びまん延等の防止のための研修及び訓練」**を定期的に（年１回以上）実施すること。 **＜「感染症の予防及びまん延等の防止のための指針」の参考資料＞** ・「介護現場における感染対策の手引き」 **＜掲載場所＞** ・厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html **＜「感染症の予防及びまん延等の防止のための研修」の参考資料＞** ・「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」

		＜掲載場所＞ ・厚生労働省ホームページ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/kansentaisaku_00001.html
規則 第26条	掲示	・事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、勤務体制その他利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示し、もしくは、重要事項を掲載した書面を事業所に備え付け、かつ、いつでも関係者が自由に閲覧できるようにすること。 **・令和７年４月１日から、原則として、重要事項をウェブサイト（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こと。** ※居宅療養管理指導事業者が、自ら管理するホームページ等を有さず、ウェブサイトへの掲載が過重な負担となる場合は、行わなくてもよい。
条例 第8条	秘密保持等	・秘密保持等のため、必要な措置を講じること。 ・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**得ておくこと。
規則 第28条	居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	・居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、金品その他の財産上の利益を供与してはならないこと。
条例 第9条	苦情処理	・苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講ずること。 ・苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録すること。 ・市町村からの質問、照会、調査に協力するとともに、市町村の指導、助言に従って必要な改善を行い、市町村にその内容を報告すること。 ・国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、同会の指導、助言に従って必要な改善を行い、同会にその内容を報告すること。
規則 第29条	地域との連携等	・利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業等に協力すること。 ・事業所と同一の建物に居住する利用者にサービス提供を行う場合には、**当該建物に居住する利用者以外**にもサービス提供を行うよう努めること。
規則 第30条	事故発生時の対応	・事故発生時の連絡体制を整備すること。 ・事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。 ・賠償すべき事態が生じた場合、速やかに損害賠償を行うこと。
条例第6条	利用者の権利擁護	・利用者の権利を擁護するため、必要に応じ、利用者が成年後見制度を活用できるよう努めること。**【市独自基準】**
条例 第6条の2	虐待の防止	**【「訪問看護」「訪問リハビリテーション」は令和６年３月３１日までの経過措置期間が終了】** ※居宅療養管理指導は、令和９年３月３１日まで経過措置期間が延長され、努力義務となる。 ①**「虐待の防止のための対策を検討する委員会」**を定期的に開催し、その結果を従業者に周知徹底すること。 ※虐待防止委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。 ②**「虐待の防止のための指針」**を整備すること。 ③**「虐待の防止のための研修」**を定期的に（年１回以上）実施すること。 ④上記①～③の措置を適切に実施するための**「担当者」**を置くこと。

		＜虐待防止についての参考資料＞ ・マニュアル、研修資料等（厚生労働省） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html
規則 第31条	会計の区分	・各サービスの事業の会計と、その他の事業の会計とを区分すること。
規則第50条第2項 規則第55条第2項 規則第59条第2項	記録の整備	・各サービスに掲げられた各種の記録については、**その完結の日から５年間**保存すること。 ※**「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のこと。 ※事業者においては、保存業務の煩雑さを避ける観点から、それぞれの記録の所属する年度（目標期間が設けられているものについては、その期間の満了日の所属する年度）の終了後５年間保存する等、適正な運用を図るものとする。 ※なお、他の法令等により、５年間以上の保管期間が義務付けられているものについては、それぞれの規定に従う必要がある。
規則 第175条	電磁的記録等	・居宅サービス事業者等は、作成、保存等を書面で行うことが規定されているについて、書面に代えて、**電磁的記録**により行うことができる。 ・居宅サービス事業者等は、交付、説明、同意等のうち、書面で行うことが規定されているものについて、相手方の承諾を得て、書面に代えて、**電磁的方法**により行うことができる。

第２　訪問看護

※「★赤字」は令和６年６月１日改正部分

Ⅰ　訪問看護の基準について

１　人員に関する基準

保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という）…　適当数

２　設備に関する基準

・指定訪問看護事業を行うために必要な専用の区画を設けること。
・指定訪問看護事業に必要な設備及び備品等を確保すること（医療機関における診療用に備え付けられたものでも可）。

３　運営に関する基準（共通以外のもの）

（１）居宅サービス計画等の変更の援助

・指定訪問看護事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡を行うこと。

（２）利用料等の受領

・指定訪問看護事業者が指定訪問看護を提供した際には、利用者から利用者負担として介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額の支払を受けなければならない（不当な割引の禁止）。
・指定訪問看護事業者が、通常の事業の実施地域外の居宅において指定訪問看護を行う場合は、それに要した交通費の額（実施地域を超えた地点からの移動に要する実費）を利用者から受けることが出来る。
・費用の支払いを受けるに当たっては重要事項説明書等により事前に利用者又はその家族にその額等を説明し、同意を得ておくこと。

※医師の指示に基づき個別の患者に使用する医薬品及び衛生材料については、本来医療機関が提供するべきものであるため、指定訪問看護事業者はこれらの医薬品等の費用を利用者等に請求することはできない。（「指定訪問看護事業者が卸売販売業者から購入できる医薬品等の取扱いについて」（平成23年5月13日　厚生労働省医薬食品局総務課／老健局老人保健課／保険局医療課事務連絡））

★（３）指定訪問看護の具体的取扱方針【改正】

指定訪問看護の提供に当たっては、

① 主治の医師との密接な連携のもと、訪問看護計画書に沿って行うこと。

② 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こと。

③ 当該利用者又は他の利用者等の生命また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**（身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為）を行ってはならないこと。【新設】

※「切迫性」、「非代替性」及び「一時性」の３つの要件を満たす場合であって、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うとともに、その具体的な内容について記録しておくことが必要。

④ ③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。【新設】
※当該記録は完結の日から５年間保存すること。

⑤医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、これを行うこと。

⑥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、適切な指導を行うこと。

⑦特殊な看護等については、これを行ってはならないこと。

（４）主治の医師との関係

・指定訪問看護の提供の開始に際しては、主治の医師による指示を文書で受けなければならないこととなっているが、医療機関が行なう訪問看護にあっては、診療録に記載されるもので差し支えない。

（５）訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

・訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、看護記録等の診療記録に記載されるもので差し支えない。そのため、利用者に交付する訪問看護計画書については、**「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」**（平成12年３月30日老企第55号）に定める訪問看護計画書を参考に、各事業所で定めるものを交付することで差し支えない。

（６）同居家族に対する訪問看護の禁止

・看護師等に、その同居の家族である利用者に指定訪問看護の提供をさせてはならない。
※同居以外の家族に対する指定訪問看護の提供も避けるべきである。

（７）緊急時等の対応

・看護師等は、サービス提供中に利用者に病状の急変等が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、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なければならない。

（８）広告

・事業所について広告をする場合、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

Ⅱ　訪問看護の介護報酬の算定について

★１　基本報酬（数字は単位数）（１回につき）**【改正】**

	指定訪問看護ステーション		病院又は診療所	
	訪問看護	介護予防訪問看護	訪問看護	介護予防訪問看護
20 分未満	314	303	266	256
30 分未満	471	451	399	382
30 分以上 1 時間未満	823	794	574	553
1 時間以上 1 時間 30 分未満	1,128	1,090	844	814
理学療法士等の場合	294	284		

※准看護師がサービス提供する場合、所定単位数に **100 分の 90** を乗じて得た単位数を算定する。

＜算定要件＞

医療機関の行う訪問看護は、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。

また、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。

＜留意事項＞

原則【介護保険給付】	例外【医療保険給付】
介護保険の被保険者であって、要介護（要支援）認定を受けている者	次の病名、状態の者
	①末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者（利用者等告示４）
	②主治医が利用者の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**「特別訪問看護指示書」**の交付を行った場合
	③精神科訪問看護基本療養費の算定対象となる者
	④入院中の者であって、在宅療養に備えて一時的に外泊している者

・退院・退所当日の訪問看護については、特別管理加算の対象に該当する者及び**主治の医師が必要と認める場合**には算定が可能。

・算定に当たっては、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。

・20 分未満の訪問看護費を算定するに当たっては、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回以上含む設定とすること。なお、20 分未満の訪問看護の算定は、「緊急時訪問看護加算」の届け出をしている事業所に限られる。

・前回提供した訪問看護からおおむね２時間未満の間隔で訪問看護を行う場合（20 分未満の訪問看護及び緊急の訪問看護を除く。）には、それぞれの所要時間を合算する。

・１人の看護職員が訪問看護を行った後に、続いて別の看護職員が訪問看護を行った場合には、それぞれの所要時間を合算する。なお、その中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。

・居宅（介護予防）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、事業所都合により保健師又は看護師が訪問した場合には、所定単位数に**100分の90を乗じて得た単位数**を算定する

こと。また、保健師又は看護師が訪問することとされている場合に、准看護師が訪問した場合には、准看護師が訪問する場合の単位数（100分の90）を算定すること。

＜関連資料＞
「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の「第５の８　訪問看護等に関する留意事項について」（最終改正：令和４年３月２５日老老発第０３２５第１号・保医発０３２５第２号）
※令和６年度に改正がある見込み。

２　定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携

（１）単位数

２，９６１単位／月

（２）留意事項

・「緊急時訪問看護加算」の届け出をしていること。
・次のような場合には日割り計算を行うこと。
①月の途中から利用を開始した場合及び月の途中で利用を終了した場合
②月の途中に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を利用している場合
③月の途中で要介護５から他の要介護度に変更となった場合、及び他の要介護度から要介護５に変更となった場合
④月の途中で末期の悪性腫瘍又は厚生労働大臣が定める疾病等の状態となった場合
⑤主治の医師から特別指示書が交付された場合
・**定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携を行う場合は、体制届の提出が必要。**
・准看護師が訪問看護を行った場合は、所定単位数の９８／１００を算定すること。
・要介護５の利用者に対して訪問看護を行った場合は、８００単位／月を加算すること。

★３　高齢者虐待防止措置未実施減算【新設】

（１）単位数

所定単位数の**１００分の１**を減算

（２）算定要件

倉敷市指定居宅サービス等基準条例第６条の２に規定する基準を**満たしていない**こと。

（虐待の防止）
第６条の２　指定居宅サービス事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならない。
(1)　当該指定居宅サービス事業所（指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所をいい、共生型居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所及び基準該当居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所を含む。以下この条及び第８条において同じ。）における**虐待の防止のための対策を検討する委員会**（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うものを含む。）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。
(2)　当該指定居宅サービス事業所における**虐待の防止のための指針**を整備すること。
(3)　当該指定居宅サービス事業所において、従業者に対し、**虐待の防止のための研修**を定期的に実施すること。
(4)　前３号に掲げる措置を適切に実施するための**担当者**を置くこと。

（３）留意事項

・上記の基準(1)～(4)を全て満たす必要がある。
・当減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、基準条例第６条の２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」を市に提出した後、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市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。

★４　業務継続計画未策定減算【新設】

（１）単位数

所定単位数の**１００分の１**を減算

（２）算定要件

倉敷市指定居宅サービス等基準規則第24条の2第１項に規定する基準を**満たしていない**こと。

（業務継続計画の策定等）
第 24 条の 2　指定訪問介護事業者は、感染症又は非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施し、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下**「業務継続計画」**という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

（３）留意事項

・感染症及び非常災害に係る「業務継続計画（ＢＣＰ）」を策定していない場合に減算となる。

（４）経過措置

・**令和７年３月３１日まで**の間、（介護予防）訪問看護費に本減算は**適用されない**が、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。

・当減算については、基準規則第 24 条の 2 第１項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。

５　早朝・夜間・深夜加算

（１）単位数

・早朝加算（ 6～ 8 時）　…　所定単位数の１００分の２５
・夜間加算（18～22 時）　…　所定単位数の１００分の２５
・深夜加算（22～ 6 時）　…　所定単位数の１００分の５０

（２）算定要件

居宅サービス計画又は訪問看護計画上のサービス開始時刻が上記時間帯にある場合に算定。

（３）留意事項

・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ごくわずかな場合には算定不可。

・緊急時訪問間加算を算定している場合に緊急時訪問を行った場合には、早朝・深夜、夜間加算は算定不可。（１月以内の２回目以降は算定可。）

６　複数名訪問加算

（１）単位数

①　２人の看護師等が行う場合
　複数名訪問加算（Ⅰ）　３０分未満　…　２５４単位／回
　　３０分以上　…　４０２単位／回

②　看護師等と看護補助者が行う場合
　複数名訪問加算（Ⅱ）　３０分未満　…　２０１単位／回
　　３０分以上　…　３１７単位／回

（２）算定要件

利用者又は家族の同意を得た上で、次のいずれかに該当すること。

① 利用者の身体的理由（体重が重い等）により１人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合。

② 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。

③ その他利用者の状況等から判断して、上記に準ずると認められる場合。

（３）留意事項

・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（保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士）であり、複数名訪問加算（Ⅱ）において訪問を行うのは１人が看護師等で１人が**看護補助者**であることを要する。

【看護補助者】

看護補助者の要件については、医療保険で示しているものと同義とし、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であり、資格は問わない。秘密保持や医療安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要があるが、指定基準の人員には含まれない。

・当該加算の所要時間については、１人目の看護師等の訪問の時間によらず、２人目の看護師等又は看護補助者が必要な時間において算定を行う。

・当該加算の算定に当たっては、居宅サービス計画及び訪問看護計画に複数訪問が位置付けられている必要があり、１人で訪問看護を行うことが困難な場合などの事情が無く、単に２人の看護師等が同時にサービス提供を行ったことのみを以て算定することはできない。

７　長時間訪問看護加算

（１）単位数

３００単位／回

（２）算定要件

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３０分以上となる訪問看護を行った場合。

【厚生労働大臣が定める状態】

・在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、又は気管カニューレ若しくは留置カテーテル（ドレーンチューブを含む。）を使用している状態

・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、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態

・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

・真皮を越える褥瘡の状態

・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

（３）留意事項

・利用者が特別管理加算を実際に算定している必要は無い。

・居宅サービス計画に１時間３０分以上の訪問が位置付けられていなければ算定できない。

・本加算は、保健師又は看護師が行う場合でも准看護師が行う場合でも、同じ単位を算定する。

８　同一建物等居住者に対する取扱い

（１）単位数及び算定要件

次のいずれかに該当する場合に、所定単位数を減算する。

①事業所と同一建物等に居住する者（②に該当する場合を除く）　⇒**１０％減算**

※同一建物等…同一敷地内又は隣接敷地内の建物若しくは同一建物

②同一建物等に居住する利用者数が１月あたり５０人以上の場合に、同一建物等に居住する者
⇒**１５％減算**

③同一建物等以外の同一建物に居住する利用者数が１月あたり２０人以上の場合に、当該建物に居住する者
⇒**１０％減算**

※事業所と同一建物等でなくても、１つの建物内に当該事業所の利用者が１月あたり２０人以上居住する場合、減算の適用となる。

（２）留意事項

・同一敷地内建物等に該当する例…一体的な建築物として当該建物の１階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下で繋がっている場合、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等。

・同一敷地内建物等に該当しない例…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や、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等

★９　緊急時訪問看護加算【改正】

（１）単位数

・緊急時訪問看護加算（Ⅰ）【新設】

指定訪問看護ステーションの場合　…　**６００単位／月**

病院又は診療所の場合　…　**３２５単位／月**

・緊急時訪問看護加算（Ⅱ）【現行相当】

指定訪問看護ステーションの場合　…　５７４単位／月

病院又は診療所　…　３１５単位／月

（２）算定要件

次に掲げる基準に適合するとともに、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して「２４時間連絡できる体制」にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う体制にある場合に算定する。

・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。（改正前の緊急時訪問看護加算の算定要件に相当）

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なわれていること。【新設】

・緊急時訪問看護加算（Ⅱ）

加算（Ⅰ）の①の要件を満たすこと。

（３）留意事項

・訪問看護を計画に位置付けずに、緊急時訪問看護加算のみを算定することはできない。

・１人の利用者に対し、１か所の事業所に限り算定できる。（同一月に他の事業所に変更した場合についても、１か所の事業所のみの算定となる。）また、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、看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の緊急時対応加算、医療保険における訪問看護を利用した場合の２４時間対応体制加算は、算定できない

・緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜加算は算定できない。ただし、**１月以内の２回目以降**の緊急時訪問については、加算を算定できる。

・緊急時訪問看護加算の体制が月の途中で維持できず、届出を取り下げた場合には、当該体制が月末まで維持できていないこととなるため、当該月については既に緊急時訪問看護を利用した者であっても算定不可となる。

・「２４時間連絡できる体制」とは、当該訪問看護ステーション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、訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められない。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ステーションの**看護師等（看護師又は保健師。以下同じ。）**とする。

※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は、当該訪問看護事業所の看護師等以外の職員に連絡相談を担当させても差し支えない。

ア　看護師等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看護師等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看護師等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　看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に、看護師等へ報告すること。報告を受けた看護師等は、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看護師等以外の職員について市に届け出ること。

※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看護師等への連絡方法、連絡相談に関する記録方法、看護師等以外の職員への情報共有方法等を記載すること。

※ウの「看護師等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、看護師等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、看護師等に明示すること。

・「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。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

※「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」とは、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」とは、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」とは、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」とは、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。

10　特別管理加算

（１）単位数

・特別管理加算（Ⅰ）　…　５００単位／月
・特別管理加算（Ⅱ）　…　２５０単位／月

（２）算定要件

訪問看護に関し特別な管理が必要であるとして別に**厚生労働大臣が定める状態**である利用者に対して、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行っていること（単に利用者がその状態にあるというだけでは算定不可）。

【厚生労働大臣が定める状態】

・特別管理加算（Ⅰ）

在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、又は気管カニューレ若しくは留置カテーテル（ドレーンチューブを含む。）を使用している状態

・特別管理加算（Ⅱ）

次のいずれかに該当する状態。

①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、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態

②人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

③真皮を越える褥瘡の状態

④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

（３）注意事項

・本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、医療保険の訪問看護における「特別管理加算」は算定できない。
・１人に対し、１か所の事業所に限り算定可能。なお、２か所以上の事業所から訪問看護を受けている場合については、その分配は事業所相互の合議に委ねられる。
・**「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。
・**「真皮を越える褥瘡の状態」**にある者に対して特別管理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。
・**「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。
・**「点滴注射を週３日以上行う必要があると認められる状態」**として当該加算を算定する場合、３日目の点滴を実施した日が属する月に、特別管理加算を算定すること。また、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。
・**留置カテーテル**が挿入されている場合であっても、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ず、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うことを要する。また、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。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。

★11　専門管理加算【新設】

（1）単位数

２５０単位／月（１月に１回に限る）

（2）算定要件

次の①、②のいずれかに該当すること。

①**「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、次のア～ウのいずれかに該当する利用者に対し、計画的な管理を行った場合。

ア　悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている利用者

イ　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）

ウ　人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者

②**「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、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（特定行為研修）」**を修了した看護師が、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、計画的な管理を行った場合。

保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）

第 37 条の 2　特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。

２　この条、次条及び第 42 条の 4 において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

一　特定行為　診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令（※）で定めるものをいう。

二　手順書　医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として厚生労働省令で定めるところにより作成する文書又は電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）であつて、看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲及び診療の補助の内容その他の厚生労働省令で定める事項が定められているものをいう。

三・四（略）

五　指定研修機関　一又は二以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であって、厚生労働大臣が指定するものをいう。

※「保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第一号に規定する特定行為及び同項第四号に規定する特定行為研修に関する省令（平成 27 年厚生労働省令第 33 号）」の別表第一

別表第一　医科診療報酬点数表

Ｃ００７　訪問看護指示料

注１～２（略）

３　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第１号に規定する特定行為に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第２号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者１人につき６月に１回に限り、150 点を所定点数に加算する。

（３）留意事項

①「（２）算定要件」の①について、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

⑷　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）

⑹　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。

⑹　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

⑷　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

⑹　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

⑷　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

⑹　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算定要件の②について、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

★12　ターミナルケア加算（要介護のみ）【改正】

（１）単位数

２，５００単位（死亡月に加算）**【改正】**

（２）算定要件

在宅で死亡した利用者に対して、次に掲げる基準の全てに適合するとして、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日（末期の悪性腫瘍その他別に**厚生労働大臣が定める状態**にある者については１日）以上ターミナルケアを行っていること。

①24 時間連絡できる体制を確保していること。
②必要に応じて訪問看護を行うことができる体制を整備していること。
③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、同意を得ていること。
④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、頚髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態。
ロ　急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態。

（３）注意事項

・当該加算を請求した場合には、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、医療保険の訪問看護における訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料におけるターミナルケア加算は算定できない。
・１人に対し、１か所の事業所に限り算定可能。
・同一事業所において、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。
・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こと。
①終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録
②療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録
③看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録
④③については、**「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」**等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

・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は、ターミナルケア加算を算定できる。
・ターミナルケアの実施に当たっては、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。

＜参考資料＞
「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」
厚生労働省ホームページ：https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html

★13　遠隔死亡診断補助加算（要介護のみ）【新設】

（1）単位数

１５０単位／月（死亡月に算定）

（2）算定要件

「情報通信機器を用いた在宅での看取りにかかる研修」を受けた看護師を配置し、当該看護師が、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（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、その主治医の指示に基づき、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。
※厚生労働大臣が定める地域：倉敷市内では松島及び六口島

別表第一　医科診療報酬点数表
Ｃ００１　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）
注８　死亡診断加算　200 点
以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成 29 年９月厚生労働省）」に基づき、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。
ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。
イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに 12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。
ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

（3）留意事項＞

・当加算の算定に当たっては、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こと。
・なお、「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。

★14　初回加算【改正】

（1）単位数

・初回加算（Ⅰ）　…　３５０単位／月**【新設】**
・初回加算（Ⅱ）　…　３００単位／月**【従前相当】**

（2）算定要件

新規に（介護予防）訪問看護計画書を作成した利用者に対し、
・加算（Ⅰ）…病院、診療所または介護保険施設から**退院又は退所した日**に事業所の看護師が初回

の訪問看護を行った場合に算定

・加算（Ⅱ）…病院、診療所または介護保険施設から**退院又は退所した日の翌日以降**に初回の訪問看護を行った場合に算定（改正前の初回加算に相当）

（３）留意事項

・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を作成した場合に算定すること。

・同一の訪問看護事業所において医療保険から介護保険に切り替わった場合は、新たに訪問看護計画書を作成したとしても算定不可。

・同一月に複数の訪問看護事業所を新たに利用する場合、それぞれの事業所で算定可。

・介護予防訪問看護を利用していた者が、要介護認定の更新にともない同じ事業所で訪問看護を受ける場合は、算定可。（逆の場合も同様。）

★15　退院時共同指導加算【改正】

（１）単位数

６００単位／月（退院・退所につき１回（特別な管理を必要とする利用者は２回）まで）

（２）算定要件

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院又は入所中の者が退院又は退所するにあたり、看護師等（准看護師を除く。）が、共同して**退院時共同指導**（利用者又は介護者に対して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。）を行った後に、退院又は退所後に初回の訪問看護を行った場合に算定。

（３）留意事項

・令和６年６月１日の改正により、改正前には退院時共同指導の内容を「文書」により提供しなければならないこととなっていたのが、**「文書以外の方法」**による提供が可能となった。

・初回加算を算定する場合は算定できない。

・当該加算を請求した場合には、同月に医療保険の訪問看護における「退院時共同指導加算」は算定できない。

・２回の加算の算定が可能である利用者に対して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、１回ずつの算定が可能。

・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、主治医の属する保健医療機関、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有無について確認すること。

・１月に入退院を繰り返した場合には複数回算定することができるが、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、１回しか算定できない。

【例：２回算定可】

入院⇒退院時共同指導⇒退院⇒訪問看護⇒再入院⇒退院時共同指導⇒退院⇒訪問看護

【例：１回算定可】

入院⇒退院時共同指導⇒退院⇒再入院⇒退院時共同指導⇒退院⇒訪問看護

入院⇒退院時共同指導⇒退院⇒再入院⇒退院⇒訪問看護

・当該加算は、退院後初回の訪問看護を行った月の同一月若しくは前月に、退院時共同指導を実施した場合に算定することとし、退院時共同指導を実施した２か月以上後に初回の訪問看護を行った場合には算定できない。

・退院する者又はその看護に当たる者の同意を得た場合は、**テレビ電話装置等**（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器）を活用して行うことができる。

※「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」や「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。

掲載場所：厚生労働省ホームページ

https://www.whlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

16　看護・介護職員連携強化加算（要介護のみ）

（1）単位数

２５０単位／月（１月に１回に限る）

（2）算定要件

次に掲げる基準の全てに適合すること。

①社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）第 48 条の３第１項の登録又は同法附則第 20 条第１項の登録を受けた指定訪問介護事業所と連携し、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、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。または、利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連絡体制確保のための会議に出席した場合。

②緊急時訪問看護加算の届出をしていること。（実際に算定している必要は無い。）

（3）注意事項

・同行訪問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。

・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同行訪問を実施した場合は、算定できない。

・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が同行訪問や会議に出席した場合には算定できない。

・当該加算は、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こととし、訪問看護費が算定されない月には算定できない。

・連携を行う指定訪問介護事業所が、**登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）**であることを確認すること。

17　看護体制強化加算

（1）単位数

・訪問看護

看護体制強化加算（Ⅰ）　…　５５０単位／月

看護体制強化加算（Ⅱ）　…　２００単位／月

・介護予防訪問看護

看護体制強化加算　…　１００単位／月

（2）算定要件

<table>
<tr><th colspan="2">訪問看護</th><th rowspan="2">介護予防訪問看護</th></tr>
<tr><th>加算（Ⅰ）</th><th>加算（Ⅱ）</th></tr>
<tr><td colspan="2">イ　算定日が属する月の前６月間において、訪問看護の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。</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">ロ　算定日が属する月の前６月間において、訪問看護の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。</td><td></td></tr>
<tr><td>ハ　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。</td><td>ハ　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。</td><td></td></tr>
</table>

（３）注意事項

・利用者数は全て実利用者数で算定し、前６月間において訪問看護を２回以上利用した者又は当該加算を２回以上算定した者であっても、１として数えること。また、当該訪問看護事業所を現に利用していない者も含むこと。

・看護体制強化加算を算定するに当たっては、当該訪問看護事業所の看護師等が、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。

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

・利用者の占める割合及び人数については毎月記録し、所定の基準を下回った場合には直ちに加算の取り下げを行うこと。

・加算の届出を行うに当たっては、算定月の前月１５日以前に届出を提出する必要があるため、前月分は見込みとして割合を算出すること。なお、届出の提出後に加算が算定されなくなる状況が生じた場合には、速やかにその旨を届けること。

・看護体制強化加算は、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ため、いずれか一方のみを届出すること。

★18　口腔連携強化加算【新設】

（１）単位数

５０単位／月（１月に１回に限る）

（２）算定要件

次の①②いずれにも該当し、事業所の従業者が**口腔の健康状態の評価**を行い、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うこと。

①　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。

②　次のいずれにも該当しないこと。

ⅰ当該利用者が他事業所において、口腔・栄養スクリーニング加算（栄養スクリーニングを行い、加算（Ⅱ）を算定している場合を除く。）を算定していること。

※他事業所が口腔スクリーニングを行い、加算を算定している場合は不可。

ⅱ当該利用者が、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。

ⅲ当該利用者が他事業所において、口腔連携強化加算を算定していること。

（３）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あたっては、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（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。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あたっては、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」（令和６年３月厚生労働省通知）**）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。

（４）参考資料

・「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」（令和６年３月厚生労働省通知）
・「口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書」（別紙様式６）

19　サービス提供体制強化加算

（１）単位数

・病院又は診療所の場合
　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　…　６単位／回
　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　…　３単位／回
・定期巡回・随時対型訪問介護看護事業所と連携する場合
　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　…　５０単位／月
　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　…　２５単位／月

（２）算定要件

・加算（Ⅰ）　…　次の①～④の要件を満たすこと。
・加算（Ⅱ）　…　次の①～③及び⑤の要件を満たすこと。

①全ての**看護師等ごとに**研修計画を作成し、研修を実施又は予定していること。
②利用者に関する情報の伝達等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していること。
④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。
⑤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。

（３）注意事項

・研修計画には、看護職員ごとに個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めること。
・会議は訪問看護従業者の全てが参加するものとし、概ね１月に１回以上の開催とすること。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。
※「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」や「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。
　掲載場所：厚生労働省ホームページ
　https://www.whlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

・健康診断等については、労働安全衛生法により定期的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すること。
・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。ただし、前年度の実績が６月に満たない事業所については、届出日の属する月の前３月の平均を用いることとするが、その割合については毎月記録し、所定の割合を下回った場合には直ちに加算の取り下げを行うこと。
・勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数とし、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。
・サービス提供体制強化加算は、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ため、いずれか一方のみを届出すること。

Ⅲ　訪問看護における体制等の届出について

訪問看護、介護予防訪問看護の提供に当たり、特定の加算等を算定する場合には、下記のとおり倉敷市（指導監査課）への届出が必要となります。当月１５日までに届出した場合は翌月１日から、１６日以降に届け出した場合は翌々月１日から算定を開始することができます。

※令和６年４月１日からの算定開始に限り、令和６年４月１５日を提出期限とします。

なお、届出をしないでサービスを提供した場合には、加算を算定することができませんのでご注意ください。

１　提出書類（共通）

・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

２　届出が必要な加算等及び添付書類

加算等の項目	添付書類
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携してサービスを行う場合	・訪問看護事業所における定期巡回・随時対応型訪問介護看護連携に係る届出書（別紙１４）
・高齢者虐待防止措置実施の有無（減算）**【新設】**	・なし
・特別地域加算	・なし
・中山間地域等における小規模事業所加算	・なし
・緊急時訪問看護加算 ・特別管理加算 ・ターミナルケア加算	・緊急時訪問看護加算、特別管理体制、ターミナルケア体制に係る届出書（別紙８）
・専門管理加算**【新設】**	・専門管理加算に係る届出書（様式８－４）
・遠隔死亡診断補助加算**【新設】**	・遠隔死亡診断補助加算に係る届出書（様式８－５）
・看護体制強化加算	・看護体制強化加算に係る届出書（別紙８－２）
・口腔連携強化加算**【新設】**	・なし
・サービス提供体制強化加算	・サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙１２－２）

※上記の書類は倉敷市指導監査課のホームページに掲載しています。
「介護保険事業者の申請の手引き・様式」の各サービスの申請書・各種様式
https://www.city.kurashiki.okayama.jp/dd.aspx?menuid=16614#itemid52872
※３月下旬頃に令和６年４月版を掲載予定。

事業所の体制が加算等の基準に該当しなくなった（該当しなくなることが明らかになった）ときには、速やかに加算取り下げの申請をしてください。

以下２つの加算項目については、年度ごとに事業所の体制が要件を満たしているかの管理が必要です。
（※次年度も引き続き要件を満たしている場合は、改めての体制等届出の提出は不要です。）
■サービス提供体制強化加算
■看護体制強化加算

Ⅳ　その他

1　入居、入所、入院している利用者への訪問看護（介護保険）の可否

	項　　目		原　則	例外規定
入居	サービス付き高齢者向け住宅 有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム （※特定施設を除く）		**算定可**	
	（地域密着型）特定施設入居者生活介護 （※外部サービス利用型を除く）		算定不可	必要がある場合に施設を運営する事業者の費用負担により利用させることができる。
	認知症対応型共同生活介護		算定不可	必要がある場合に施設を運営する事業者の費用負担により利用させることができる。
入所	小規模多機能型居宅介護を受けている場合	通い中 宿泊中	算定不可	
		在宅中	**算定可**	
	看護小規模多機能型居宅介護		算定不可	
	短期入所生活介護		算定不可	
介護保険施設	（地域密着型）特別養護老人ホーム		算定不可	
	介護老人保健施設	短期入所療養介護	算定不可	
	介護医療院		算定不可	
	介護療養型医療施設		算定不可	
入院	医療機関		算定不可	

２　制度別対象疾患一覧（介護保険２号該当・医療保険の訪問看護）

病　　名	介護保険 ２号該当	医療保険 訪問看護
球脊髄性筋萎縮症		○
筋萎縮性側索硬化症	○	○
脊髄性筋萎縮症		○
進行性核上性麻痺	○	○
パーキンソン病	○	
大脳皮質基底核変性症	○	○
ハンチントン病		○
重症筋無力症		○
多発性硬化症		○
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】	○	○
脊髄小脳変性症	○	○
ライソゾーム病		○
副腎白質ジストロフィー		○
プリオン病		○
亜急性硬化性全脳炎		○
後縦靱帯骨化症	○	
スモン		○
関節リウマチ	○	
骨折を伴う骨粗鬆症	○	
初老期における認知症	○	
早老症	○	
糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	○	
脳血管疾患	○	
閉塞性動脈硬化症	○	
慢性閉塞性肺疾患	○	
両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	○	
がん（末期）	○	
脊柱管狭窄症	○	
末期の悪性腫瘍		○
進行性筋ジストロフィー症		○
後天性免疫不全症候群		○
頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態		○
パーキンソン病関連疾患【進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）】		○
慢性炎症性脱髄性多発神経炎		○

介護保険２号該当：介護保険の第２号被保険者（４０歳以上６５歳未満）が要介護・要支援認定を受けることとなる疾病
医療保険訪問看護：要介護者・要支援者であっても、医療保険で訪問看護が行われる疾病

３　訪問看護における必要な同意について

利用者やその家族から同意を得るに当たっては、理解を得られるよう丁寧に説明を行ってください。

なお、令和３年４月から、同意を書面で行うことが規定されているものは、事前に利用者又はその家族の承諾を得た上で、電磁的方法によることができます。（「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月１９日内閣府・法務省・経済産業省）」参照）

	事　　項	根拠法令等	根拠条文	備　　考
運営	重要事項説明書	平成 25 年３月 14 日倉敷市規則第 14 号「倉敷市指定居宅サービス等の事業の人員及び運営に関する基準を定める規則」	第４条	できる限り書面によることが望ましい（※利用者への交付が必要）
	利用料や交通費の受領		第 44 条第４項	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと
	訪問看護計画書		第 46 条第３項	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと（※利用者への交付が必要）
	利用者又はその家族の個人情報の利用	平成 24 年 12 月 19 日倉敷市条例第 58 号「倉敷市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」	第８条第３項	文書により得ておくこと
報酬	複数名訪問看護加算	平成２７年厚生労働省告示第９４号「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」	第５号	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと
	緊急時訪問看護加算	平成 12 年厚生省告示第 19 号「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」	別表３注 10	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと
	看護体制強化加算	平成 12 年老企第３６号「指定居宅サービスに要する額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」	第２の４（２４）⑤	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと
	ターミナルケア加算	平成２７年厚生労働省告示第９５号「厚生労働大臣が定める基準」	第８号	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと
	口腔連携強化加算【新設】	平成 12 年厚生省告示第 19 号「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」	別表３チ注	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと

第３　訪問リハビリテーション

※「★赤字」は令和６年６月１日改正部分

Ⅰ　訪問リハビリテーションの指定について

介護保険法（平成九年法律第百二十三号）

（開設許可）

第九十四条　介護老人保健施設を開設しようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事の許可を受けなければならない。

（開設許可）

第百七条　介護医療院を開設しようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事の許可を受けなければならない。

（指定居宅サービス事業者の特例）

第七十二条　介護老人保健施設又は介護医療院について、第九十四条第一項又は第百七条第一項の許可があったときは、その許可の時に、当該介護老人保健施設又は介護医療院の開設者について、当該介護老人保健施設又は介護医療院により行われる居宅サービス（短期入所療養介護**その他厚生労働省令で定める居宅サービス**の種類に限る。）に係る第四十一条第一項本文の指定があったものとみなす。ただし、当該介護老人保健施設又は介護医療院の開設者が、厚生労働省令で定めるところにより、別段の申出をしたときは、この限りでない。

（準用）

第百十五条の十一　第七十条の二、第七十一条及び第七十二条の規定は、第五十三条第一項本文の指定について準用する。この場合において、第七十条の二第四項中「前条」とあるのは、「第百十五条の二」と読み替えるものとするほか、必要な技術的読替えは、政令で定める。

●令和６年１月２５日厚生労働省令第第１６号「介護保険法、老人福祉法及び社会福祉法の規定に基づき、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」

第十六条　介護保険法施行規則の一部を次のとおり改正する。

介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号）

（指定居宅サービス事業者の特例に係る居宅サービスの種類）

第百二十八条　法第七十二条第一項の厚生労働省令で定める種類の居宅サービスは、**訪問リハビリテーション及び**通所リハビリテーションとする。

（指定介護予防サービス事業者の特例に係る介護予防サービスの種類）

第百四十条の十九　法第百十五条の十一において準用する法第七十二条第一項の厚生労働省令で定める種類の介護予防サービスは、**介護予防訪問リハビリテーション及び**介護予防通所リハビリテーション（介護老人保健施設又は介護医療院により行われるものに限る。）とする。

附　則　（令和六年一月二五日厚生労働省令第一六号）抄

（施行期日）

第一条　この省令は、令和六年四月一日から施行する。ただし、第二条、第六条、第十六条及び第二十条並びに附則第七条の規定は、**同年六月一日**から施行する。

（指定居宅サービス事業者に関する経過措置）

第七条　**第十六条の規定の施行の際現に介護保険法（以下「法」という。）第九十四条第一項又は第百七条第一項の規定による許可を受けている介護老人保健施設又は介護医療院の開設者（訪問リハビリテーションに係る法第四十一条第一項本文の指定を受けているものを除く。）について**

は、第十六条の規定の施行の日に、当該介護老人保健施設又は介護医療院により行われる訪問リハビリテーションに係る**法第四十一条第一項本文の指定があったものとみなす。**

ただし、当該介護老人保健施設若しくは介護医療院の開設者が第十六条の規定の施行の日の前日までに、次の事項を記載した申出書を当該申出に係る介護老人保健施設若しくは介護医療院の開設の場所を管轄する都道府県知事に提出して行う別段の申出を行ったとき又はその指定の時前に法第七十七条第一項、第百十五条の三十五第六項若しくは第百十五条の四十四の二第八項の規定により法第四十一条第一項本文の指定を取り消されているときは、この限りではない。

一　当該申出に係る介護老人保健施設又は介護医療院の名称及び開設の場所並びに開設者及び管理者の氏名及び住所

二　当該申出に係る居宅サービスの種類

三　前号に係る居宅サービスについて指定居宅サービス事業者とみなされる者に係る法第四十一条第一項本文の指定を不要とする旨

2　略

3　**第十六条の規定の施行の際現に法第九十四条第一項又は第百七条第一項の規定による許可を受けている介護老人保健施設又は介護医療院の開設者（訪問リハビリテーションに係る法第四十一条第一項本文の指定を受けているものに限る。）**については、**前二項の規定を準用する。**この場合において、第一項の規定中「第十六条の規定の施行の際現に」とあるのは「第十六条の規定の施行の日以降の訪問リハビリテーションに係る法第七十条の二第二項に規定する指定の有効期間の満了の日に現に」と、「第十六条の規定の施行の日に」とあるのは「訪問リハビリテーションに係る法第七十条の二第二項に規定する指定の有効期間の満了の日の翌日に」と、「第十六条の規定の施行の日の前日」とあるのは「訪問リハビリテーションに係る法第七十条の二第二項に規定する指定の有効期間の満了の日」と読み替えるものとする。

（指定の更新）

第七十条の二　第四十一条第一項本文の指定は、六年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

2　前項の更新の申請があった場合において、同項の期間（以下この条において「指定の有効期間」という。）の満了の日までにその申請に対する処分がされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその処分がされるまでの間は、なおその効力を有する。

4　第十六条の規定の施行の際現に法第九十四条第一項又は第百七条第一項の規定による許可を受けている介護老人保健施設又は介護医療院の開設者については、介護予防訪問リハビリテーションに係る法第百十五条の十一の規定により準用される法第七十二条第一項の規定による法第五十三条第一項本文の指定について、前三項の規定を準用する。この場合において、「居宅サービス」とあるのは「介護予防サービス」と、「法第七十七条第一項」とあるのは「法第百十五条の九第一項」と読み替えるものとする。

＜解説＞

・令和６年６月１日以降に許可を受ける介護老人保健施設又は介護医療院

⇒（介護予防）訪問リハビリテーションの指定があったものとみなされる。

・令和６年６月１日以前に許可を受けている介護老人保健施設又は介護医療院であって、（介護予防）訪問リハビリテーションの指定を受けていないもの

⇒令和６年６月１日から、（介護予防）訪問リハビリテーションの指定があったものとみなされる。

・令和６年６月１日以前に許可を受けている介護老人保健施設又は介護医療院であって、（介護予防）訪問リハビリテーションの指定を受けているもの

⇒現に指定を受けている（介護予防）訪問リハビリテーションの指定有効期間の満了日の翌日から、（介護予防）訪問リハビリテーションの指定があったものとみなされる。

Ⅱ　訪問リハビリテーションの基準について

１　人員に関する基準

（１）医師

専任の常勤医師が**１人以上**勤務していること。

※介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤要件として足りるものである。

※介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えない。

※指定訪問リハビリテーション事業所のみなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院においては、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院の医師の配置基準を満たすことをもって、訪問リハビリテーションの医師の常勤に係る要件を満たしているものとみなすことができる。**【改正】**

（２）理学療法士等（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）

１人以上（利用者の数に応じた適当数）を配置すること。

※介護老人保健施設等での入所者に対するサービス提供時間帯以外の時間帯で、訪問リハビリテーション事業所の従事者として勤務することは可能だが、訪問リハビリテーション事業所で実際に勤務した時間帯によって、配置基準を満たす必要がある。

※介護老人保健施設又は介護医療院の理学療法士等が訪問リハビリテーションを行った場合には、当該訪問の時間は介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準の算定に含めないこと。

２　設備に関する基準

（１）　病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。

（２）　事業の運営を行うために必要な広さ（利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース）を有する専用の区画を設けていること。

（３）　事業の提供に必要な設備及び備品を備えていること。（病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における診療用に備え付けられたものでも可。）

３　運営に関する基準（**共通以外のもの**）

（１）居宅サービス計画等の変更の援助

指定訪問リハビリテーション事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、居宅介護支援事業者への連絡を行うこと。

（２）利用料等の受領

・訪問リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーションを提供した際には、利用者から利用者負担として介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額の支払を受けなければならない（不当な割引の禁止）。

・訪問リハビリテーション事業者が、通常の事業の実施地域外の居宅において指定訪問リハビリテーションを行う場合は、それに要した交通費の額（実施地域を超えた地点からの移動に要する実費）を利用者から受けることが出来る。

・費用の支払いを受けるに当たっては重要事項説明書等により事前に利用者又はその家族にその額等を説明し、同意を得ておくこと。

★（３）指定訪問リハビリテーションの具体的取扱方針【改正】

指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、

①**医師の指示**及び**訪問リハビリテーション計画**に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行うこと。

※事業所の医師が、訪問リハビリテーションの実施に当たり、事業所の理学療法士等に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行うこと。

②懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

③当該利用者又はほかの利用者等の生命また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**（身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為）を行ってはならないこと。【新設】

※「緊急やむを得ない場合」とは、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たす場合であって、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うとともに、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。

④③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。【新設】

※当該記録は完結の日から５年間保存すること。

⑤常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

⑥それぞれの利用者について、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告すること。

⑦**「リハビリテーション会議（※１）」**の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するように努め、利用者に対し適切なサービスを提供すること。（リハビリテーション会議は利用者とその家族の参加を基本とし、その構成員は医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、サービス担当者及び保健師等とすること。なお、リハビリテーション会議はテレビ電話装置等を活用して行うことができる（※２）が、利用者又はその家族が参加する場合は、そのことについて同意を得ること。）

※１　リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合は、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

※２　「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」や「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。

★（４）　訪問リハビリテーション計画の作成【改正】

①「訪問リハビリテーション計画」は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、利用者ごとに作成すること。記載内容については別途通知（**「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」**）の様式例及び記載方法を参照すること。なお、既に居宅サービス計画等が作成されている場合には、当該計画等に沿って訪問リハビリテーション計画を立案すること。また、訪問リハビリテーション計画の進捗状況を**定期的（初回の評価は提供開始からおおむね２週間以内、その後はおおむね３月ごと）**に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。

②訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーションの医師の診療に基づいて作成することが原則であるが、別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている患者であって、例外として、当該事業所の医師がやむを得ず診療で

きない場合には、別の医療機関の医師（主治医）から情報の提供を受けて、当該情報をもとに訪問リハビリテーション計画を作成してもよいこと。

③医師及び理学療法士等は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。**【新設】**

※リハビリテーション実施計画書以外の退院時の情報提供に係る文書を用いる場合は、当該文書にリハビリテーション実施計画書の内容（**「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」**の別紙様式２－２－１の項目である「本人・家族等の希望」「健康状態、経過」「心身機能・構造」「活動」「リハビリテーションの短期目標」「リハビリテーションの長期目標」「リハビリテーションの方針」「本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）」「リハビリテーション実施上の留意点」「リハビリテーションの見直し・継続理由」「リハビリテーションの終了目安」）が含まれていなければならない。ただし、当該医療機関からリハビリテーション実施計画書等が提供されない場合においては、当該医療機関の名称及び提供を依頼した日付を記録に残すこと。

④訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、利用者又はその家族に目標や内容等を理解しやすい方法で説明し、同意を得た上で、訪問リハビリテーション計画を利用者に交付すること。また、その実施状況や評価等についても説明を行うこと。

４　記録の整備について

・医師は、理学療法士等に対して行った指示内容の要点を診療録に記入すること。

・理学療法士等は、訪問リハビリテーション計画書に基づき提供した具体的なサービスの内容等及び指導に要した時間を記録すること。（医療保険の診療録に記載する場合は、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにしておくこと。）

・リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等（診療記録及びリハビリテーション会議の記録を含む））は利用者ごとに保管し、常に事業所の従業者が閲覧可能な状態とすること。

Ⅲ　訪問リハビリテーションの介護報酬の算定について

※「★赤字」は令和６年６月１日改正部分

★１　基本報酬【改正】

（１）単位数

・訪問リハビリテーション費　　…　**３０８単位／回**

・介護予防訪問リハビリテーション費　…　**２９８単位／回**

※急性増悪等により特別指示書が発行された場合は、医療保険の適用となる（14 日間を限度）。

（２）算定要件

通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下**「理学療法士等」**が、計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。

なお、事業所の理学療法士等が、事業所の医師が診療を行っていない利用者であって、別に**「厚生労働大臣が定める基準」**に適合するものに対して指定訪問リハビリテーションを行った場合は、**「９　訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない場合の減算」**の規定にかかわらず、所定単位数を算定することができる。**【新設】**

【通院が困難な利用者】

訪問リハビリテーション費は、「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、指定通所リハビリテーションのみでは家屋内におけるＡＤＬの自立が困難である場合の、家屋状況の確認を含めた指定訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は算定できる。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば通所系サービスを優先すべきということである。

【厚生労働大臣が定める基準】

次のいずれにも該当する者

イ　医療機関に入院し、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士等からリハビリテーションの提供を受けた利用者であること。

ロ　当該利用者が入院していた医療機関から、当該指定訪問リハビリテーション事業所に対し、当該利用者に関する情報の提供が行なわれている利用者であること。

ハ　指定訪問リハビリテーションの提供を受けている日前の１月以内に、イに規定する医療機関から退院した利用者であること。

（３）留意事項

・１回あたり２０分以上、週６回を限度とする。

※退院・退所の日から起算して３月以内の利用者に対しては、**週１２回**まで算定可能。

※複数の訪問リハビリテーション事業所を利用している場合、限度回数は合算する。

・計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーションの医師の診療の日から**３月以内**に行われた場合に算定すること。

※例外として、指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な管理を行っている医師から情報提供を受けて**「訪問リハビリテーション計画」**を作成し、訪問リハビリテーションを実施した場合には、当該医師による情報提供の基礎となる診療の日から３月以内に行われた場合に算定すること。この場合、少なくとも３月に１回は、事業所の医師から当該医師に対し、訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行うこと。

・居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供する場合は、訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録すること。（訪問リハビリテーション従業者の運賃は利用者負担としてよいが、重要事項説明書等に明記するなどし、書面による同意を取ることが望ましい。）

・利用者が訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合に

は、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にすること。

・訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該事業所の理学療法士等に対し、当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうち**いずれか１以上の指示**を行うこと。

※上記の指示を行った医師又は指示を受けた理学療法士等は、当該指示に基づき行った内容を明確に記録すること。

・訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価（**モニタリング**）し、必要に応じて計画を見直すこと。（初回の評価は、訪問リハビリテーションの提供開始からおおむね２週間以内に、以降はおおむね３月ごとに実施。）

・訪問リハビリテーション事業所の医師が、利用者に対して３月以上の訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合は、リハビリテーション計画に訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他居宅サービスの併用と移行の見通しを記載すること。

・訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護等の居宅サービスの従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達すること。

・指定訪問リハビリテーションは、指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療機関において医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者に関しては、**「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」の別紙様式２―２―１**をもって、当該医療機関から情報提供を受けた上で、当該事業所の医師が利用者を診療し、記載された内容について確認して、指定訪問リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式２―２―１をリハビリテーション計画書とみなして訪問リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して３月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回の訪問リハビリテーション計画を作成すること。

★２　高齢者虐待防止措置未実施減算【新設】

（１）単位数

所定単位数の１００分の１を減算

（２）算定要件

倉敷市指定居宅サービス等基準条例第６条の２に規定する基準を**満たしていない**こと。

（虐待の防止）

第６条の２　指定居宅サービス事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならない。

(1)　当該指定居宅サービス事業所（指定居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所をいい、共生型居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所及び基準該当居宅サービス事業者が当該事業を行う事業所を含む。以下この条及び第８条において同じ。）における**虐待の防止のための対策を検討する委員会**（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うものを含む。）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。

(2)　当該指定居宅サービス事業所における**虐待の防止のための指針**を整備すること。

(3)　当該指定居宅サービス事業所において、従業者に対し、**虐待の防止のための研修**を定期的に実施すること。

(4)　前３号に掲げる措置を適切に実施するための**担当者**を置くこと。

（３）留意事項

・上記の基準(1)～(4)を全て満たす必要がある。

・当減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、基準条例第６条の２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」を市に提出した後、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市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。

★３　業務継続計画未策定減算【新設】

（１）単位数

所定単位数の**１００分の１**を減算

（２）算定要件

倉敷市指定居宅サービス等基準規則第24条の2第１項に規定する基準を**満たしていない**こと。

（業務継続計画の策定等）
第 24 条の 2　指定訪問介護事業者は、感染症又は非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施し、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下**「業務継続計画」**という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

（３）留意事項

・感染症及び非常災害に係る「業務継続計画（ＢＣＰ）」を策定していない場合に減算となる。

（４）経過措置

・**令和７年３月３１日まで**の間、（介護予防）訪問リハビリテーション費に本減算は**適用されない**が、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。

・当減算については、基準規則第 24 条の 2 第１項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。

４　同一建物減算

（１）単位数及び算定要件

次のいずれかに該当する場合に、所定単位数を減算する。

①事業所と同一建物等に居住する者（②に該当する場合を除く）　⇒**１０％減算**

※同一建物等…同一敷地内又は隣接敷地内の建物若しくは同一建物

②同一建物等に居住する利用者数が１月あたり５０人以上の場合に、同一建物等に居住する者　⇒**１５％減算**

③同一建物等以外の同一建物に居住する利用者数が１月あたり２０人以上の場合に、当該建物に居住する者　⇒**１０％減算**

※事業所と同一建物等でなくても、１つの建物内に当該事業所の利用者が１月あたり２０人以上居住する場合、減算の適用となる。

（２）留意事項

・同一敷地内建物等に該当する例…一体的な建築物として当該建物の１階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下で繋がっている場合、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等。

・同一敷地内建物等に該当しない例…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や、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等

５　短期集中リハビリテーション実施加算

（１）単位数

２００単位／日

（２）算定要件

リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院（入所）した病院、診療所もしくは介護保険施設から退院（退所）した日、又は要介護（要支援）の認定日から起算して３月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に実施すること。

（３）留意事項

①訪問リハビリテーションの場合

１週につきおおむね２日以上、１日当たり２０分以上訪問リハビリテーションを実施すること。

②介護予防訪問リハビリテーションの場合

退院（退所）した日、又は要支援の認定日から起算して１月以内は１週につきおおむね２日以上、１日当たり４０分以上、１月を超え３月以内の期間に行われた場合は１週につきおおむね２日以上、１日当たり２０分以上訪問リハビリテーションを実施すること。

★６　リハビリテーションマネジメント加算（※訪問リハビリテーションのみ）【改正】

（１）単位数

・リハビリテーションマネジメント加算（イ）　…　**１８０単位／月**

・リハビリテーションマネジメント加算（ロ）　…　**２１３単位／月**

・事業所の医師が利用者又はその家族に訪問リハビリテーション計画の説明を行い、利用者の同意を得た場合、１月につき**２７０単位**を加算する。

※改正前の加算（Ｂ）を削り、加算の整理を行ったもので、実質的な単位数の変更はなし。

（２）算定要件

・**加算（イ）**…次に掲げる基準の①～⑥に該当すること。

・**加算（ロ）**…次に掲げる基準の①～⑦に該当すること。

①「リハビリテーション会議」を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。

②「訪問リハビリテーション計画」について、当該計画の作成に関与した医師又は理学療法士等が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の**同意**を得ること。ただし、理学療法士等が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告すること。

③３月に１回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直していること。

④理学療法士等が、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。

⑤次のいずれかに適合すること。

(一) 理学療法士等が、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービスの従業者と利用者宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

(二) 理学療法士等が、利用者宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

⑥上記①～⑤に適合することを確認し、プロセス管理票等に記録すること。

⑦利用者ごとの訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

（３）留意事項

①本加算は、リハビリテーションの質の向上を図るため、多職種が共同して、心身機能、活動・参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理していることを評価するものである。なお、ＳＰＤＣＡサイクルの構築を含む、リハビリテーションマネジメントに係る実務等については別途通知（**「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」【新規制定】**）も参照すること。

②「リハビリテーション会議」の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。

なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合においては、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

③「リハビリテーション会議」は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器）を活用して行うことができるものとするが、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。その際、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」等に対応していること。

④「リハビリテーションマネジメント加算(ロ)」の算定要件⑦にある厚生労働省への情報の提出については、**「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ：Long-term care Information system For Evidence）」**を用いて行うこと。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、下記通知等を参考にすること。

・サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、ＳＰＤＣＡサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。

＜参考＞
・「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」【改正】
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html
・「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）利活用の手引き」等
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

★７　認知症短期集中リハビリテーション実施加算【新設】

（１）単位数

２４０単位／日（１週に２日を限度）

（２）算定要件

認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は理学療法士等が、その退院・退所日又は訪問開始日から３月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に実施すること。

（３）留意事項

・**「５　短期集中リハビリテーション実施加算」**との併算定は不可。

・本加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。

・「精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修」を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、訪問リハビリテーション計画に基づき、リハビリテーションを行った場合に、１週間に２日を限度として算定できるものであること。

・本加算の対象となる利用者は「ＭＭＳＥ（MiniMentalStateExamination）」又は「ＨＤＳ-Ｒ（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）」において、おおむね５点～２５点に相当する者とするものであること。

・本加算は、その退院（所）日又は訪問開始日から起算して３月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去３月の間に本加算を算定している場合には算定できないこととする。

★８　口腔連携強化加算【新設】

（１）単位数

５０単位／月（１月に１回に限る）

（２）算定要件

次の①②いずれにも該当し、事業所の従業者が**口腔の健康状態の評価**を行い、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うこと。

①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。

②次のいずれにも該当しないこと。

ⅰ当該利用者が他事業所において、口腔・栄養スクリーニング加算（栄養スクリーニングを行い、加算（Ⅱ）を算定している場合を除く。）を算定していること。

※他事業所が口腔スクリーニングを行い、加算を算定している場合は不可。

ⅱ当該利用者が、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。

ⅲ当該利用者が他事業所において、口腔連携強化加算を算定していること。

（３）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あたっては、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（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。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あたっては、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」（令和６年３月厚生労働省通知）**）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。

（４）参考資料

・「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」（令和６年３月厚生労働省通知）
・口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書（別紙様式６））

★９　訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない場合の減算【改正】

（１）単位数

５０単位／回（減算）

（２）算定要件

①利用者が訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、**当該利用者に関する情報の提供**を受けていること。

②当該計画的な医学管理を行っている医師が、**適切な研修の修了等**をしていること。

③当該情報の提供を受けた訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、訪問リハビリテーション計画を作成すること。

（３）経過措置【改正】

令和９年３月３１日までの間、算定要件の①及び③に適合し、②に規定する研修の終了等の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載している場合には、本加算を算定することができる。

（４）留意事項

・訪問リハビリテーション計画は、原則、訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、当該医師及び理学療法士等が共同して作成するものであるが、当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、当該事業所の医師及び理学療法士等が訪問リハビリテーション計画を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、理学療法士等が訪問リハビリテーションを実施した場合に減算するものである。

・**「当該利用者に関する情報の提供」**とは、別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師から、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」【新規制定】**の別紙様式２－２－１のうち、本人及び家族等の希望、健康状態・経過、心身機能・構造、活動（基本動作、移動能力、認知機能等）、活動（ＡＤＬ）、リハビリテーションの目標、リハビリテーション実施上の留意点等について記載できるだけの情報の提供を受けていることをいう。

・事業所の従業者は、別の医療機関の医師の**「適切な研修の修了等」**について、確認の上、リハビリテーション計画書に記載しなければならない。

・医療機関からの退院後早期にリハビリテーションの提供を開始する観点から、医療機関に入院し、リハビリテーションの提供を受けた利用者であって、当該医療機関から、当該利用者に関する情報の提供が行われている者においては、退院後一ヶ月以内に提供される訪問リハビリテーションに限り、本減算は適用されないことに留意すること。

★10　介護予防訪問リハビリテーションの利用が 12 月を超える場合の減算（※介護予防訪問リハビリテーションのみ）【改正】

（１）単位数

３０単位／回（減算）

（２）算定要件

別に**「厚生労働大臣が定める要件」**を**満たさない**場合であって、介護予防訪問リハビリテーションの利用開始日の属する月から起算して１２月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行う場合に減算する。

【厚生労働大臣が定める要件】

次のいずれにも該当する状態

イ　３月に１回以上、当該利用者に係るリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、当該利用者の状態の変化に応じ、介護予防訪問リハビリテーション計画を見直していること。

ロ　当該利用者ごとの介護予防訪問リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

（３）留意事項

・厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、**「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」【改正】**を参照すること。また、サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、ＳＰＤＣＡサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。なお、提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

・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こと。

11　移行支援加算（※訪問リハビリテーションのみ）

（１）単位数

１７単位／日

（２）算定要件

・評価対象期間（１月から１２月まで）の次の年度内に限り算定可。

・次のいずれにも適合すること。

①評価対象期間中に訪問リハビリテーションの提供を**終了**した者（入院、入所、死亡した者を含む。）のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、指定介護予防通所リハビリテーション、指定介護予防認知症対応型通所介護、指定介護予防小規模多機能型居宅介護、第一号通所事業その他社会参加に資する取組（一般介護予防事業、居宅における家庭での役割、就労等。入院、入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等は含まない。）を実施した者の割合が、１００分の５を超えていること。

②評価対象期間中に指定訪問リハビリテーションの提供を終了した日から起算して１４日以降４４日以内に、理学療法士等が訪問リハビリテーション終了者に対して、通所介護等の実施を確認し、記録していること。

③１２を指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が１００分の２５以上であること。（平均利用月数が４８月以内であること。）

平均利用月数＝（ⅰ）÷（ⅱ）

（ⅰ）評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計

（ⅱ）（評価対象期間の新規利用者数＋評価対象期間の利用終了者数）÷２

※（ⅰ）の利用者には、利用を開始してその日の内に利用を修了した者を含む。

※（ⅰ）の利用者延べ月数は、利用者が評価対象期間中に当該事業所の訪問リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。

※（ⅱ）の新規利用者数は、評価対象期間中に利用を開始した者の数をいう。なお、当該事業所の利用終了後、１２月以上の期間を空けて再度利用を開始した者は、新規利用者として取り扱うことができる。

④訪問リハビリテーション終了者が通所介護等の事業所へ移行するに当たり、当該利用者の**リハビリテーション計画書**を移行先の事業所へ提供すること。

（３）留意事項

・「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、訪問リハビリテーション、認知症対応型共同生活介護等は含まれず、算定対象とならないこと。

・「指定通所介護等の実施」状況の確認に当たっては、訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等がリハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を修了した時と比較して、ＡＤＬ及びＩＡＤＬが維持又は改善していることを確認すること。なお、電話等での実施を含め、確認の手法は問わないこと。

★12　事業所評価加算【廃止】

★13　退院時共同指導加算【新設】

（１）単位数

６００単位／回

（２）算定要件

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士等が、退院前カンファレンスに参加し、**退院時共同指導**を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき１回に限り算定する。

> **【退院時共同指導】**
> 病院又は診療所の主治の医師、理学療法士等その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での訪問リハビリテーション計画に反映させることをいう。

（３）留意事項

①訪問リハビリテーションにおける「退院時共同指導」とは、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士等及びその他の従業者との間で、利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、利用者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での訪問リハビリテーション計画に反映させることをいう。

②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。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家族の同意を得るとともに、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。

③退院時共同指導を行った場合は、その内容を記録すること。

④当該利用者が通所及び訪問リハビリテーション事業所を利用する場合において、各事業所の医師等がそれぞれ退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合は、各事業所において当該加算を算定可能である。ただし、通所及び訪問リハビリテーション事業所が一体的に運営されている場合においては、併算定できない。

14 サービス提供体制強化加算

（１）単位数

・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）　…　６単位／回

・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　…　３単位／回

（２）算定要件

・加算（Ⅰ）　…　勤続年数**７年以上**の理学療法士等が１名以上いること。

・加算（Ⅱ）　…　勤続年数**３年以上**の理学療法士等が１名以上いること。

（３）留意事項

・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。

・勤続年数の算定に当たっては、当該事業所の勤務年数に加え、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。

Ⅲ　訪問リハビリテーションにおける体制等届出について

訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションの提供に当たり、特定の加算を算定する場合には、下記のとおり倉敷市（指導監査課）への届出が必要となります。当月１５日までに届出した場合は翌月１日から、１６日以降に届け出した場合は翌々月１日から算定を開始することができます。

※令和６年４月１日からの算定開始に限り、令和６年４月１５日を提出期限とします。

なお、届出をしないでサービスを提供した場合には、加算を算定することができませんのでご注意ください。

１　提出書類（共通）

- 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

２　届出が必要な加算等及び添付書類

加算等の項目	添付書類
高齢者虐待防止措置実施の有無【新設】	・なし
特別地域加算	・なし
中山間地域等における小規模事業所加算	・なし
リハビリテーションマネジメント加算	・なし
リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明【新設】	・なし
口腔連携強化加算【新設】	・なし
移行支援加算	・移行支援加算に関する届出（別紙１７）
サービス提供体制強化加算	・サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙１２－２）

上記の書類は倉敷市指導監査課のホームページに掲載しています。
「介護保険事業者の申請の手引き・様式」の各サービスの申請書・各種様式
https://www.city.kurashiki.okayama.jp/dd.aspx?menuid=16614#itemid52872
※３月下旬頃に令和６年４月版を掲載予定。

事業所の体制が加算等の基準に該当しなくなった（該当しなくなることが明らかになった）ときには、速やかに加算取り下げの申請をしてください。

以下２つの加算項目については、年度ごとに事業所の体制が要件を満たしているかの管理が必要です。
（※次年度も引き続き要件を満たしている場合、改めての体制等届出の提出は不要。）

■移行支援加算
■サービス提供体制強化加算

Ⅳ　訪問リハビリテーションにおける必要な同意について

利用者やその家族から同意を得るに当たっては、理解を得られるよう丁寧に説明を行ってください。

なお、令和３年４月から、同意を書面で行うことが規定されているものは、事前に利用者又はその家族の承諾を得た上で、電磁的方法によることができます。（「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月１９日内閣府・法務省・経済産業省）」参照）

	事　　項	根拠法令等	根拠条文	備　　考
運営	重要事項説明書	平成 25 年 3 月 14 日倉敷市規則第 14 号「倉敷市指定居宅サービス等の事業の人員及び運営に関する基準を定める規則」	第 4 条	できる限り書面によるものとする ※利用者への交付が必要
	利用料等の受領		第 52 条第 4 項	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと
	訪問リハビリテーション計画		第 53 条第 3 項	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと ※利用者への交付が必要
	利用者又はその家族の個人情報の利用	平成 24 年 12 月 19 日倉敷市条例第 58 号「倉敷市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」	第 8 条第 3 項	文書により得ておくこと
	テレビ電話装置等を用いて行うリハビリテーション会議		第 40 条第 5 号	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと
報酬	リハビリテーションマネジメント加算における訪問リハビリテーション計画	平成２７年厚生労働省告示第 95 号「厚生労働大臣が定める基準」	第１２号	遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明・同意でもよいが、利用者の同意は書面等で直接行うこと。 （令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.2）（令和３年３月２３日））
	口腔連携強化加算【新設】	平成 12 年厚生省告示第 19 号「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」	別表４イ注１１	書面による同意又は口頭で同意を得たことについての記録を残しておくこと

第４　居宅療養管理指導

※「★赤字」は令和６年６月１日改正部分

Ⅰ　居宅療養管理指導の基準について

１　人員の配置に関する基準

（１）病院又は診療所の場合

ア　医師又は歯科医師

イ　薬剤師、歯科衛生士等（※）又は管理栄養士を適当数

※歯科衛生士が行う居宅療養管理指導に相当するものを行う保健師、看護師、准看護師を含む。

（２）薬局の場合

薬剤師

２　設備に関する基準

①病院、診療所又は薬局であること。

②事業の運営に必要な広さを有していること。

③事業に必要な設備及び備品等（当該病院又は診療所における診療用に備え付けられたものでも可。）を備えること。

３　運営に関する基準（共通以外のもの）

（１）利用料等の受領

・居宅療養管理指導事業者は、指定居宅療養管理指導を提供した際には、利用者から利用者負担として介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額の支払を受けなければならない（不当な割引の禁止）。

・居宅療養管理指導事業者は、サービス提供に要する交通費（通常の事業の実施地域内の交通費を含む。）の額の支払いを利用者から受けることが出来る。

※費用の支払いを受けるに当たっては重要事項説明書等により事前に利用者又はその家族にその額等を説明し、**同意**を得ておくこと。

★（２）指定居宅療養管理指導の具体的取扱方針【改正】

①医師又は歯科医師の場合

・訪問診療等により常に利用者の病状及び心身の状況を把握し、医学的又は歯科医学的管理に基づき、居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供を行うとともに、利用者又はその家族に居宅サービスの利用に関する留意事項及び介護方法等についての指導、助言を行うこと。

・利用者又はその家族からの介護に関する相談に懇切丁寧に応ずるとともに、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項等について、理解しやすいように指導又は助言を行うこと。

・利用者又はその家族に対する指導又は助言については、療養上必要な事項等を記載した文書を交付するよう努めなければならないこと。

・当該利用者又はほかの利用者等の生命また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**（身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為）を行ってはならないこと。【新設】

※「緊急やむを得ない場合」とは、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たす場合であって、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うとともに、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。

・上記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。【新設】
※当該記録は完結の日から５年間保存すること。
・療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合又は居宅介護支援事業者若しくは居宅サービス事業者から求めがあった場合は、当該事業者に対し、居宅サービス計画の作成、居宅サービスの提供等に必要な情報提供又は助言を行うこと。
・居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者に対する情報提供又は助言については、原則として、サービス担当者会議に参加することにより行うこと。なお、サービス担当者会議への参加が困難な場合は、原則として、情報提供又は助言の内容を記載した文書を交付して行うこと。
・それぞれの利用者に提供した指定居宅療養管理指導の内容について、速やかに診療録に記録すること。

②薬剤師の場合

・医師又は歯科医師の指示（薬局の薬剤師の場合は医師又は歯科医師の指示に基づき当該薬剤師が作成した「薬学的管理指導計画」）に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、居宅における日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行うこと。
・サービス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、療養上必要な事項等について、理解しやすいように指導又は説明を行うこと。
・当該利用者又はほかの利用者等の生命また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**（身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為）を行ってはならないこと。【新設】
※「緊急やむを得ない場合」とは、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たす場合であって、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うとともに、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。
・上記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。【新設】
※当該記録は完結の日から５年間保存すること。
・常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供すること。
・療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合又は居宅介護支援事業者若しくは居宅サービス事業者から求めがあった場合は、当該事業者に対し、居宅サービス計画の作成、居宅サービスの提供等に必要な情報提供又は助言を行うこと。
・居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者に対する情報提供又は助言については、原則として、サービス担当者会議に参加することにより行うこと。なお、サービス担当者会議への参加が困難な場合は、原則として、情報提供又は助言の内容を記載した文書を交付して行うこと。
・それぞれの利用者に提供した指定居宅療養管理指導の内容について、速やかに診療録に記録するとともに、医師又は歯科医師に報告すること。

③歯科衛生士又は管理栄養士の場合

・医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、居宅における日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行うこと。
・サービス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、療養上必要な事項等について、理解しやすいように指導又は説明を行うこと。
・当該利用者又はほかの利用者等の生命また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**（身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為）を行ってはな

らないこと。【新設】

※「緊急やむを得ない場合」とは、切迫性、非代替性及び一時性の３つの要件を満たす場合であって、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うとともに、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。

・上記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。【新設】

※当該記録は完結の日から５年間保存すること。

・常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供すること。

・それぞれの利用者に提供した指定居宅療養管理指導の内容について、速やかに診療録に記録するとともに、医師又は歯科医師に報告すること。

Ⅱ　居宅療養管理指導の介護報酬の算定について

※赤字は令和６年６月１日改定箇所

１　基本報酬（数字は単位数）

職種等		単一建物居住者の人数			算定回数（※１）
		１人	２～９人	10人以上	
医師（※２）	居宅療養管理指導費（Ⅰ）	515	487	446	２回／月まで
	居宅療養管理指導費（Ⅱ）（※３）	299	287	260	
歯科医師（※２）		517	487	441	２回／月まで
薬剤師	病院・診療所	566	417	380	２回／月まで（※４）
	薬局	518	379	342	４回／月まで（※５）
		情報通信機器を用いて行う場合 46			４回／月まで（※６）
管理栄養士	居宅療養管理指導費（Ⅰ）	545	487	444	２回／月まで（※８）
	居宅療養管理指導費（Ⅱ）（※７）	525	467	424	
歯科衛生士等		362	326	295	４回／月まで（※９）

※１　１人の利用者に対する１月当たりの算定回数であって、例えば月途中で主治医が変更となった場合等であっても、算定可能な回数は合わせて上記回数までとなる。

※２　訪問診療又は往診を行った日に算定すること。

※３　在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する場合に算定。

※４　同月内で算定する場合には、算定する日の間隔は６日以上とする。

※５　同月内で算定する場合には、算定する日の間隔は６日以上とする（がん末期患者、中心静脈栄養を受けている者及び注射による麻薬の投与を受けている者に対するものを除く。）。ただし、がん末期患者、中心静脈栄養を受けている者及び注射による麻薬の投与を受けている者は、週２回かつ月８回まで算定できる。【改正】

※６　がん末期患者、中心静脈栄養を受けている者及び注射による麻薬の投与を受けている者は、週２回かつ月８回まで算定できる。【改正】

※７　指定居宅療養管理指導事業所以外の医療機関、介護保険施設又は栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションとの連携により確保した管理栄養士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行った場合に算定できる。

※８　利用者の計画的な医学的管理を行っている医師が、急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から３０日間に限り、さらに２回を限度として算定できる。【改正】

※９　がん末期の患者は１月に６回まで算定できる。【改正】

【通院が困難な利用者について】
居宅療養管理指導費は、在宅で**通院が困難な利用者**に対して、定期的に訪問して指導等を行

った場合の評価であるため、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。(例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院は容易であるためと考えられるため、やむを得ない事情がある場合を除き、算定できない。)

【単一建物居住者の人数】

居宅療養管理指導の利用者が居住する建築物に居住する者のうち、同一月における以下の利用者の人数を**「単一建物居住者の人数」**という。

ア　養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居している利用者

イ　(介護予防)小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る)、複合型サービス(宿泊サービスに限る)、(介護予防)認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている利用者

※ただし、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活援助事業所は、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を単一建物居住者の人数としてみなすことができる。また、１つの居宅に同居する同一世帯の利用者が２人以上いる場合は、利用者ごとに「単一建物住居者が１人の場合」を算定する。さらに、一つの建築物の利用者数が全体戸数の１０%以下の場合又は戸数が２０戸未満で利用者が２人以下の場には、それぞれ「単一建物住居者が１人の場合」を算定する。

２　加算(薬局の薬剤師が行うものに限る)

(１)特別な薬剤の使用に関し薬学的管理指導を行った場合の評価(麻薬管理指導加算)

＜単位数＞

１００単位／回

＜算定要件＞

疼痛緩和のために「麻薬及び向精神薬取締法第２条第一号に規定する麻薬」の投薬が行なわれている利用者に対して、当該薬剤の使用に関し必要な薬学的管理指導を行った場合に算定できる。

＜留意事項＞

・「情報通信機器を用いた服薬指導」を算定している場合は、算定できない。

・本加算の対象となる薬剤(麻薬)は、「麻薬及び向精神薬取締法第２条第一号に規定する麻薬」のうち、使用薬剤の購入価格(薬価基準)(平成 14 年厚生労働省告示第 87 号)に収載されている医薬品であり、以降、改定がなされた際には改定後の最新の薬価基準に収載されているものをいう。

・本加算は、麻薬の投薬が行われている利用者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意事項等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行った場合に算定する。なお、**薬局薬剤師**にあっては、処方箋発行医に対して必要な情報提供を行うことが必要である。

・本加算を算定する場合にあっては、**薬局薬剤師**は薬剤服用歴の記録に、居宅療養管理指導の記録に加えて、少なくとも次の事項について記載しなければならない。

①訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等)

②訪問に際して行った利用者又は家族への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等)

③処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の内容等に関する事項を含む。）の要点
④利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）

・本加算を算定する場合にあっては、**医療機関の薬剤師**は薬剤管理指導記録に、居宅療養管理指導の記録に加えて、少なくとも次の事項について記載しなければならない。
①麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、疼痛緩和の状況等）
②麻薬に係る利用者又は家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等）
③利用者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項
④その他の麻薬に係る事項

★（２）医療用麻薬持続注射療法加算【新設】

＜単位数＞
２５０単位／回

＜算定要件＞
「別に厚生労働大臣が定める施設基準」に適合する事業所において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている利用者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について利用者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

【別に厚生労働大臣が定める施設基準】
イ　麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第３条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
ロ　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

＜留意事項＞
・「情報通信機器を用いた服薬指導」及び「（１）特別な薬剤の使用に関し薬学的管理指導を行った場合の評価（麻薬管理指導加算）」を算定している場合は、算定できない。
・本加算は、在宅において「医療用麻薬持続注射療法」を行っている利用者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や利用者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。
・当該利用者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。
・必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。
・本加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「薬局薬剤師が薬剤服用歴の記録に記載すべき事項」又は「医療機関の薬剤師が薬剤管理指導記録に記載すべき事項」に加えて、少なくとも次の事項について記載すること。
（イ）　訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による利用者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）
（ロ）　訪問に際して行った利用者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

（ハ） 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及利用者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

（ニ） 利用者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

★（３）在宅中心静脈栄養法加算【新設】

＜単位数＞

１５０単位／回

＜算定要件＞

「別に厚生労働大臣が定める施設基準」に適合する事業所において、在宅中心静脈栄養法を行っている利用者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

【別に厚生労働大臣が定める施設基準】

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第 39 条の３第１項の規定により管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

＜留意事項＞

・「情報通信機器を用いた服薬指導」を算定している場合は、算定できない。

・本加算は、「在宅中心静脈栄養法」を行っている利用者に係る薬学的管理指導の際に、患家を訪問し、利用者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、利用者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

・当該利用者に対し２種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該利用者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供すること。

・本加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「薬局薬剤師が薬剤服用歴の記録に記載すべき事項」又は「医療機関の薬剤師が薬剤管理指導記録に記載すべき事項」に加えて、少なくとも次の事項について記載すること。

（イ） 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による利用者の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化の有無などの確認等）

（ロ） 訪問に際して行った利用者・家族への指導の要点（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）

（ハ） 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び利用者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

３　居宅療養管理指導の実施にあたっての留意事項

（１）医師・歯科医師による居宅療養管理指導

①算定内容

主治の医師及び歯科医師が、計画的かつ継続的な医学的管理または歯科医学的管理に基づ

き、**ケアマネジャーに対して居宅サービス計画の策定等に必要な「情報提供」を行っていること。**

また、利用者・家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての**「指導及び助言」**を行っていること。

なお、ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定できないので留意すること。（ケアマネジャーによる居宅サービス計画の作成が行われていない利用者に対して居宅療養管理指導を行う場合は、ケアマネジャーへの情報提供は必要ないが、利用者が他の介護サービスを利用している場合は、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、他の介護サービス事業者等に対し、介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行うこと。）

また、必要に応じて、利用者の社会生活面の課題にも目に向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意するとともに、診療方針に関して利用者の意思決定支援を行った場合は、関連する情報について、ケアマネジャー等に提供するよう努めること。

②「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

ア　ケアマネジャーに対する情報提供の方法

サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする。情報提供は、必ずしも文書等による必要はないが、**別紙様式１（医師）又は２（歯科医師）**を参考に、情報提供の要点を記載すること。（医療保険の診療録に記載する場合は、下線または枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。）

会議への参加が困難な場合や会議が開催されない場合には、下記の**「情報提供すべき事項」**（薬局薬剤師に情報提供する場合は、診療状況を示す文書等の内容も含む。）について、別紙様式１又は２等（メール、ＦＡＸ等でも可）によりケアマネジャーに情報提供を行うこと。

また、別紙様式１又は２等により情報提供を行った場合には、当該様式等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

◇情報提供すべき事項

(a)　基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）

(b)　利用者の病状、経過等

(c)　介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(d)　利用者の日常生活上の留意事項、社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

※上記に係る情報提供については、診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできる。

(e) 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報等

※別紙様式１（医師）等により情報提供する場合に限る。

イ　利用者・家族等に対する指導・助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導・助言は、文書等の交付により行うよう努めること。口頭により指導・助言を行った場合は、その要点を記録すること。（医療保険の診療録に記載する場合は、下線または枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。）

また、文書等により指導・助言を行った場合は、その文書の写しを診療録に添付する等により保存すること。

（２）薬剤師による居宅療養管理指導

・　医師または歯科医師の指示に基づき、（薬局薬剤師の場合は**「薬学的管理指導計画」**を策定し）利用者の居宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況、薬剤保管状況の

確認等の薬学的管理指導を行い、提供した居宅療養管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文書等にて提出するよう努め、速やかに記録（薬局薬剤師は薬剤服用歴の記録、医療機関の薬剤師は薬剤管理指導記録）を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告した上で、**ケアマネジャーに対してケアプランの作成等に必要な情報提供を行っていること。**ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定できないので留意すること。

※ケアマネジャーによる居宅サービス計画の作成が行われていない利用者に対して居宅療養管理指導を行う場合は、ケアマネジャーへの情報提供は必要ないが、利用者が他の介護サービスを利用している場合は、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、他の介護サービス事業者等に対し、介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行うこと。（薬局薬剤師の場合は指示を行った医師又は歯科医師に、訪問結果について必要な情報提供を文書で行うこと。）

・　利用者の服薬状況や薬剤の保管状況に問題がある場合等、その改善のため訪問介護員等の援助が必要と判断される場合には、関連事業者等に対して情報提供及び必要な助言を行うこと。

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

・　利用者の居宅への訪問時における薬学管理指導や多職種連携に当たっての留意点については**「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」**等を参照されたい。また、医師、歯科医師、ケアマネジャー等への情報提供については、ガイド及びガイド別添の報告様式、お薬問診票及び薬学的評価シートを参考に行うこと。

ガイド掲載場所：https://www.ncgg.go.jp/hospital/kenshu/organization/yakugaku.html

・　請求明細書の摘要欄に訪問日を記入すること。

・　利用者に投薬された医薬品について薬剤師が以下の情報を知ったときは、速やかに主治医に対し当該情報を文書により提供するとともに、主治医に相談のうえ、必要に応じ利用者に対する薬学的管理指導を行うこと。

ア　医薬品緊急安全性情報

イ　医薬品・医療機器等安全性情報

・　現に他の医療機関又は薬局の薬剤師が居宅療養管理指導を行っている場合は、居宅療養管理指導費は算定できないこと。ただし、居住地の変更等により、現に居宅療養管理指導を行っている医療機関又は薬局からのサービスが受けられなくなった場合はこの限りでない。その場合においても、以前に居宅療養管理指導を行っていた医療機関又は薬局から利用者の情報を適切に引き継ぐと共に、１月の居宅療養管理指導の算定回数の上限を超えないよう調整すること。

・　医師又は歯科医師は、薬剤師への指示事項及び実施後の薬剤師からの報告による留意事項を記載すること。当該記載は医療保険の診療録に記載してよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。（薬局薬剤師による訪問結果についての必要な情報提供についての文書は、診療録に添付する等により保存すること。）

①薬局薬剤師の場合

・　薬局薬剤師の策定する**「薬学的管理指導計画」**は、処方医から提供された情報提供等に基づき、又は必要に応じ処方医と相談するとともに、他の医療関係職種との間で情報共有しながら、利用者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上で、実施すべき指導の内容、訪問回数、訪問間隔等を記載すること。

・　策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等により保存すること。

・　薬学的管理指導計画は、原則として利用者の居宅を訪問する前に策定すること。

・　訪問後、必要に応じ新たに得られた利用者の情報を踏まえ計画の見直しを行うほか、処

方薬剤の変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも見直しを行うこと。
・　必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても情報提供をすること。
・　居宅療養管理指導を行った場合には、**薬剤服用歴の記録**に、少なくとも以下について記載すること。

◇記載すべき事項

ア　利用者の基礎情報として、利用者の氏名、生年月日、性別、介護保険の被保険者証の番号、住所、必要に応じて緊急時の連絡先等
イ　処方及び調剤内容として、処方した医療機関名、処方医氏名、処方日、処方内容、調剤日、処方内容に関する照会の内容等
ウ　利用者の体質、アレルギー歴、副作用歴、薬学的管理に必要な利用者の生活像等
エ　疾患に関する情報として、既往歴、合併症の情報、他科受信において加療中の疾患
オ　オンライン資格確認システムを通じて取得した患者の薬剤情報又は特定健診情報等
カ　併用薬等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況等
キ　服薬状況（残薬の状況を含む。）
ク　副作用が疑われる症状の有無（利用者の服薬中の体調の変化を含む。）及び利用者又はその家族等からの相談事項の要点
ケ　服薬指導の要点
コ　訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
サ　処方医から提供された情報の要点
シ　訪問に際して実施した薬学的管理の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬材、投薬後の併診、副作用、重複服用、相互作用等に関する確認、実施した服薬支援の措置等）
ス　処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
セ　処方医以外の医療関係職種との間で情報を共有している場合にあっては、当該医療関係職種から提供された情報の要点及び当該医療関係職種に提供した訪問結果に関する情報の要点

＜薬局の薬剤師が情報通信機器を用いて行う場合の留意事項＞

ア　本報酬を算定している場合、「厚生労働大臣が定める特別な薬剤の使用に関し必要な薬学的管理指導を行った場合の加算」、「特別地域加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「医療用麻薬持続注射療法加算」及び「在宅中心静脈栄養法加算」は算定できない。
イ　「医薬品・医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則」（昭和 36 年厚生省令第１号）及び関連通知に沿って実施すること。
ウ　情報通信機器を用いた服薬指導は、当該薬局内において行うこと。
エ　利用者の同意を得た上で、対面による服薬指導と情報通信機器を用いた服薬指導を組み合わせた**服薬指導計画**を作成し、計画に基づき情報通信機器を用いた服薬指導を実施すること。
オ　情報通信機器を用いた服薬指導を行う薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、次の①及び②をいずれも満たしている場合に限り、やむを得ない事由により同一の薬剤師が対応できないときに当該薬局に勤務する他の薬剤師が情報通信機器を用いた服薬指導を行っても差し支えない。
　①　薬局に勤務する他の薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある２名までの薬剤師に限る。）の氏名を服薬指導計画に記載していること。
　②　他の薬剤師が情報通信機器を用いた服薬指導を行うことについて、あらかじめ利

用者の同意を得ていること。
カ　指示を行った医師に対して、情報通信機器を用いた服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。
キ　利用者の薬剤服用歴を経時的に把握するために、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、利用者が服用中の医薬品等について、利用者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう必要な情報を手帳に添付又は記載すること。
ク　薬剤を利用者宅に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。
ケ　服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を利用者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できること。

〈〈在宅協力薬局について〉〉

居宅療養管理指導を行っている保険薬局(**在宅基幹薬局**)が連携する他の保険薬局(**在宅協力薬局**)と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には在宅基幹薬局の薬剤師に代わって利用者及びその家族等に居宅療養管理指導を行うことについて、あらかじめ利用者又はその家族等の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が居宅療養管理指導を行った場合は居宅療養管理指導費を算定できる。（居宅療養管理指導費の算定は在宅基幹薬局が行う。）

在宅協力薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって居宅療養管理指導を行った場合には次のとおり、薬剤服用歴の記録等を行うこと。
ア　在宅協力薬局は、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有すること。
イ　アを踏まえ、在宅基幹薬局は、居宅療養管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告やケアマネジャーに対する必要な情報提供等を行うこと。
ウ　在宅基幹薬局は、薬剤服用歴に当該居宅療養管理指導の指示を行った在宅協力薬局名及びやむを得ない事由等を記載するとともに、請求明細書の摘要欄に在宅協力薬局が当該業務を行った日付等を記載すること。

＝ご注意ください＝

診療報酬上の「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を算定している患者が、要介護認定を受けた後も、誤って診療報酬を継続して算定する事例があります。利用者が介護保険の認定を受けているか否かの確認、各機関への情報提供を行い、算定誤りが無いようご注意ください。

②医療機関の薬剤師の場合

居宅療養管理指導を行った場合には、**薬剤管理指導記録**に、少なくとも以下について記載し、最後の記入の日から最低３年間保存すること。

◇記載すべき事項

ア　利用者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
イ　利用者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
ウ　薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配

合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）
エ　利用者への指導及び利用者からの相談の要点
オ　訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
カ　その他の事項

（３）　管理栄養士による居宅療養管理指導

ア　別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする利用者又は低栄養状態にあると医師が判断した者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、薬剤師その他の職種の者が共同して**「栄養ケア計画」**を作成すること。

イ　「栄養ケア計画」に従って栄養管理を行い、利用者又はその家族等に対して栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行い、利用者の栄養状態を定期的に記録すること。

ウ　「栄養ケア計画」の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じ計画を見直すこと。

【留意事項】

①**居宅療養管理指導事業所の管理栄養士**による場合（**居宅療養管理指導費（Ⅰ）**）

計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が居宅療養管理指導を実施した場合に、算定できる。

（※管理栄養士は常勤である必要はない。）

②**居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士**による場合（**居宅療養管理指導費（Ⅱ）**）

指定居宅療養管理指導事業所の計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、当該指定居宅療養管理指導事業所**以外**の医療機関、介護保険施設又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションとの連携により確保した管理栄養士が居宅療養管理指導を実施した場合に、当該居宅療養管理指導事業所が算定できる。

なお、計画的な医学的管理を行っている医師が所属する指定居宅療養管理指導事業所が認めた場合は、管理栄養士が所属する指定居宅療養管理指導事業所が算定することができる。

また、医学的管理を行っている医師の指示に当たり指示書を作成する場合は、**「別紙様式４」**の様式例を参照すること。

また、所属が同一か否かに関わらず、医師から管理栄養士への指示は、居宅療養管理指導の一環として行われるものであることに留意すること。

③　居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、（計画的な医学的管理を行う）医師が当該利用者に**厚生労働大臣が別に定める特別食**を提供する必要性を認めた場合又は低栄養状態にあると医師が判断した場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、作成した**栄養ケア計画**を利用者又はその家族等に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を３０分以上行うこと。なお、請求明細書の摘要欄には訪問日を記入すること。

厚生労働大臣が別に定める特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

また、居宅療養管理指導は、以下のプロセスを経て実施すること。

ア　利用者の低栄養状態のリスクを把握すること。**【栄養スクリーニング】**

イ　栄養スクリーニングを踏まえ、解決すべき課題を把握すること。**【栄養アセスメント】**

ウ　栄養アセスメントを踏まえ、管理栄養士は、医師その他の職種の者と共同して、摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮された栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を記載した**「栄養ケア計画」**を作成すること。

　また、作成した栄養ケア計画は利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。

エ　栄養ケア計画に基づき、利用者に栄養管理に係る必要な情報提供及び栄養食事相談又は助言を実施するとともに、計画に実施上の問題があれば直ちに計画を修正すること。

オ　他のサービス等において食生活に関する配慮が必要な場合には、居宅療養管理指導の指示を行った医師を通じ、ケアマネジャーに情報提供すること。

カ　利用者の栄養状態に応じ、定期的に生活機能の状況を検討し、栄養状態の**モニタリング**を行い、居宅療養管理指導の指示を行った医師に報告すること。

　なお、低栄養状態のモニタリングでは、利用者個々の身体状況等を勘案し、必要に応じて体重を測定するなど、ＢＭＩや体重減少率等から利用者の栄養状態を把握すること。

キ　概ね３月を目途に、低栄養状態のリスクについて**栄養スクリーニング**を行い、医師の指示のもとに関連職種と共同して計画の見直しを行うこと。

ク　管理栄養士は、利用者ごとに栄養ケアの提供内容の要点を記録すること。

　なお、交付した栄養ケア計画は栄養ケア提供記録に添付する等により保存すること。

＜参考＞

管理栄養士が行う居宅療養管理指導に係る「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「栄養ケア計画」、「モニタリング」、評価等については、**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年老認発0316第3号・老老発0316第2号）**に示される**別紙様式５－１、５－２**を参考に作成すること。

掲載場所：厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

④　居宅療養管理指導の指示を行った医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存すること。

　また、栄養ケア計画に基づき、居宅療養管理指導を行う管理栄養士に指示等を行うとともに、その要点を記載すること。

　さらに、栄養ケア計画の見直しに当たっては、管理栄養士の報告を受け、医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存すること。

　なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付してよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別すること。

⑤　当該利用者の計画的な医学管理を行っている医師が、急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別指示を出す場合、特別な指示に係る内容は、**「別紙様式５」**の様式例を参照のうえ、頻回の栄養管理が必要な理由等を記録する。当該指示に基づく居宅療養管理指導の実施に当たっては上記を準用し、その栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を行った場合に、その指示の日から３０日間に限って、１月に２回を超えて、２回を限度として、所定単位数を算定する。

ただし、上記枠内に掲げるプロセスのうち実施する内容については、介入の頻度や当該利用者の状態により判断して差し支えない。
なお、請求明細書の摘要欄に訪問日を記入すること。

⑥　管理栄養士による居宅療養管理指導の栄養アセスメント等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」【新規制定】**）を参照すること。

⑦　必要に応じて、社会生活面の課題にも目を向けた地域社会における様々な支援につながる情報を把握し、関連する情報を指示を行った医師に提供するよう努めること。

（４）　歯科衛生士等（歯科衛生士、保健師、看護職員）による居宅療養管理指導

ア　居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断した者に対して、歯科衛生士等（歯科衛生士、保健師、看護職員）が利用者を訪問し、歯科医師、歯科衛生士その他の職種の者が共同して**「管理指導計画」**を作成すること。

イ　「管理指導計画」に従って利用者の口腔内の清掃、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導を行い、利用者又はその家族等に対して、実地指導に係る情報提供及び指導又は助言を行い、定期的に記録すること。

ウ　「管理指導計画」の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じ計画を見直すこと。

【留意事項】

①　訪問歯科診療を行った利用者又はその家族等に対して、訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が利用者の居宅を訪問し、利用者又はその家族の同意及び訪問診療の結果等に基づき作成した**管理指導計画**を利用者又はその家族等に対して交付するとともに、当該計画に従い療養上必要な実地指導を１人の利用者に対して歯科衛生士等が１体１で３０分以上行うこと。（実地指導の内容が単なる日常的な口腔清掃等であるなど、療養上必要な指導に該当しない場合は算定不可。）

なお、請求明細書の摘要欄には、指示を行った歯科医師の訪問診療の日と歯科衛生士等の訪問日を記入すること。

また、居宅療養管理指導は、以下のプロセスを経て実施すること。

ア　利用者の口腔機能（口腔衛生、摂食・嚥下機能等）のリスクを把握すること。

【口腔機能スクリーニング】

イ　口腔機能スクリーニングを踏まえ、解決すべき課題を把握すること。

【口腔機能アセスメント】

ウ　口腔機能アセスメントを踏まえ、歯科医師、歯科衛生士その他の職種の者が共同して、口腔衛生に関する事項（口腔内の清掃、有床義歯の清掃等）、摂食・嚥下機能に関する事項（摂食・嚥下機能の維持・向上に必要な実地指導、歯科保健のための食生活指導等）、解決すべき事項に対し関連職種が共同して取り組むべき事項等を**別紙様式３**（本資料５４ページ）等により記載し、利用者の疾病の状況及び療養上必要な実地指導内容や訪問頻度等の具体的な計画を含めた管理指導計画を作成すること。

また、作成した管理指導計画は利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。

エ　管理指導ケア計画に基づき、利用者に療養上必要な実地指導を実施するとともに、計画に実施上の問題があれば直ちに計画を修正すること。

オ　利用者の口腔機能に応じ、定期的に生活機能の状況を検討し、口腔機能の**モニタリング**を行い、居宅療養管理指導の指示を行った歯科医師に報告すること。

なお、口腔機能のモニタリングでは、口腔衛生の評価、反復唾液嚥下テスト等から利用の口腔機能を把握すること。

カ　概ね３月を目途に、口腔機能のリスクについて**口腔機能スクリーニング**を行い、歯科医師に報告し、歯科医師の指示のもとに関連職種と共同して計画の見直しを行うこと。

＜参考＞

歯科衛生士等が行う居宅療養管理指導に係る「口腔機能スクリーニング」、「口腔機能アセスメント」、「管理指導計画」、「モニタリング」、評価等については、**「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年老認発0316第3号・老老発0316第2号）**に示される**別紙様式８**を参考に作成すること。

掲載場所：厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

② 歯科医師の訪問診療の日から起算して３月以内に行われた場合に算定すること。

③ 居宅療養管理指導を行った時間とは実際に指導を行った時間をいい、指導のための準備や移動時間等は含まないこと。

④ 歯科衛生士等は実地指導に係る記録を**別紙様式３**により作成し、交付した管理指導計画を当該記録に添付する等により保存するとともに、利用者氏名、訪問先、訪問日、指導の開始時刻及び終了時刻、指導の要点、解決すべき課題の改善等に関する要点、歯科医師からの指示等、歯科医師の訪問診療に同行した場合には当該歯科医師の診療開始及び終了時刻及び担当者の署名を明記し、指示等を行った歯科医師に報告すること。

⑤ 居宅療養管理指導の指示を行った歯科医師は、訪問診療の結果等に基づき指示した内容の要点を記載し、共同で作成した管理指導計画を添付する等により保存すること。

また、管理指導計画に基づき、実地指導を行う歯科衛生士等に指示等を行い、その要点を記載すること。

さらに、管理指導計画の見直しに当たっては、歯科衛生士等の報告を受け、歯科医師の訪問診療の結果等に基づき、指示した内容（療養上必要な実地指導の継続の必要性等）の要点を記載し、共同で作成した栄養ケア計画を添付する等により保存すること。

なお、当該記載及び添付については、医療保険の診療録に記載及び添付してよいが、記載については、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別すること。

⑥ 利用者の口腔機能の状態によっては、医療における対応が必要である場合も想定されるため、その疑いがある場合は、利用者又は家族の同意を得て、指示を行った歯科医師、歯科医師を通したケアマネジャー等への情報提供等の適切な措置を講じること。

⑦ 必要に応じて、社会生活面の課題にも目を向けた地域社会における様々な支援につながる情報を把握し、関連する情報を指示を行った歯科医師に提供するよう努めること。

Ⅲ　居宅療養管理指導における体制等届出について

居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導の提供に当たり、特定の加算を算定する場合には、下記のとおり倉敷市（指導監査課）への届出が必要となります。当月１５日までに届出した場合は翌月１日から、１６日以降に届け出した場合は翌々月１日から算定を開始することができます。

※令和６年４月１日からの算定開始に限り、令和６年４月１５日を提出期限とします。

なお、届出をしないでサービスを提供した場合には、加算を算定することができませんのでご注意ください。

１　提出書類（共通）

- 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
- 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

２　届出が必要な加算等及び添付書類

加算等の項目	添付書類
特別地域加算	なし
中山間地域等における小規模事業所加算	なし
医療用麻薬持続注射療法加算**【新設】**	なし
在宅中心静脈栄養法加算**【新設】**	なし

上記の書類は倉敷市指導監査課のホームページに掲載しています。
「介護保険事業者の申請の手引き・様式」の各サービスの申請書・各種様式
https://www.city.kurashiki.okayama.jp/dd.aspx?menuid=16614#itemid52872
※３月下旬頃に令和６年４月版を掲載予定。

第５　その他

在宅（※）の要介護者等に関する医療保険との給付調整【共通】

（※グループホーム、特定施設等を含む。）

要介護被保険者等（要介護者、要支援者）に対し、医療保険と介護保険とで同様のサービスがある場合には、原則として**介護保険が優先**しますので、医療保険での算定はできません。（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要な場合や、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な場合を除く。）

下記に、在宅時に介護保険から給付が行なわれる医療について抜粋します。（下記以外の報酬区分や、施設入所者等に対する医療の提供については、関連告示・通知を参照してください。）

＜関連告示・通知＞【★令和６年度に改正見込み】
- 「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成 20 年 3 月 27 日厚生労働省告示第 128 号）
- 「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成 18 年厚生労働省告示第 103 号）
- 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成 18 年 4 月 28 日老老発第 0428001 号・保医発第 0428001 号）
- 「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」（平成 18 年老老発第 1225003 号・保医発第 1225001 号）
- 「在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理指導費の給付調整に係る留意事項について」（平成 24 年老健局振興課・老人保健課事務連絡）

（※令和６年３月１日時点）

	診療報酬点数表の区分	医療保険での算定
別表第一 医科診療報酬	B009　診療情報提供料（Ⅰ）注２	同一月に「医師による居宅療養管理指導費」が算定されている場合には**算定不可**
	B009　診療情報提供料（Ⅰ）注３	
	B009　診療情報提供料（Ⅰ）注１４加算	
	B009　診療情報提供料（Ⅰ）注１５加算	
	C001　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）	**小多機・看多機の宿泊サービス利用中** ①宿泊サービスの利用開始前 30 日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料等を算定した保健医療機関の医師（配置医師を除く）が診察した場合に限り、**算定可**（※１） ②保健医療機関の退院日から宿泊サービスの利用を開始した患者は、在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き**算定可**（※１） （※１末期の悪性腫瘍の患者以外の場合は利用開始後 30 日までの間にかぎる） （※２特定施設入居者は在宅がん医療総合診療料の算定不可）
	C001-2　在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	
	C002　在宅時医学総合管理料	
	C003　在宅がん医療総合診療料※２	
	C005　在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2　同一建物居住者訪問看護・指導料	**小多機・看多機の宿泊サービス利用中** 宿泊サービスの利用開始前 30 日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料を算定した保健医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した

		場合に限り、**算定可** （末期の悪性腫瘍の患者以外の場合は利用開始後30日までの間にかぎる）
	C008　在宅患者訪問薬剤管理指導料	**算定不可** 「薬剤師が行う居宅療養管理指導費」を算定
	C009　在宅患者訪問栄養食事指導料	**算定不可** 「管理栄養士が行う居宅療養管理指導費」を算定
	C010　在宅患者連携指導料	**算定不可**
	C012　在宅患者共同診療料の２ C012　在宅患者共同診療料の３	小多機・看多機の宿泊サービス利用中は**算定不可**
	I012　精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）	認知症患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する患者を除く）を除き**算定可** **小多機・看多機の宿泊サービス利用中** 宿泊サービスの利用開始前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護・指導料を算定した保健医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、利用開始後30日まで**算定可**
別表第二　歯科診療報酬	C001　訪問歯科衛生指導料	**算定不可** 「歯科衛生士等が行う居宅療養管理指導費」を算定
	C003　在宅患者訪問薬剤管理指導料	**算定不可** 「薬剤師が行う居宅療養管理指導費」を算定
	C007　在宅患者連携指導料	**算定不可**
	B000-4　歯科疾患管理料 B002　歯科特定疾患療養管理料	同一月に「歯科医師による居宅療養管理指導費」が算定されている場合には**算定不可** （※算定不可となる場合において、歯科点数表に規定する点数であって、歯科疾患在宅療養管理料の算定を算定要件とする者の算定については、当該管理料を算定したものとみなす）
	B009　診療情報提供料（Ⅰ）の(注２及び注６)	
	C001-3　歯科疾患在宅療養管理料※	
	C001-5　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	
	B006-3　がん治療連携計画策定料	**算定可**
	B006-3-2　がん治療連携指導料	
	B008-2　薬剤総合評価調整管理料	
	C008　在宅患者緊急時等カンファレンス料	
	上記以外	
別表	15　在宅患者訪問薬剤管理指導料	**算定不可** 「薬剤師が行う居宅療養管理指導費」を算定

	10　薬剤服用歴管理指導料※	同一月に「薬剤師が行う居宅療養管理指導費」が算定されている場合には**算定不可** （※薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的な投薬が行われた場合には算定可）
	13 の 2　かかりつけ薬剤師指導料※	
	13 の 3　かかりつけ薬剤師包括管理料※	
	14 の 2　外来服薬支援料	
	15 の 3　在宅患者緊急時等共同指導料	
	15 の 5　服薬情報等提供料	
	15 の 2　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	**算定可**
	上記以外	
リハビリテーション		同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は**算定不可** （別の施設で介護保険のリハビリテーションを行う場合は、利用開始月の３月目以降に算定不可）
訪問看護療養費	01　訪問看護基本療養費	**小多機・看多機の宿泊サービス利用中** 宿泊サービスの利用開始前 30 日以内に患家を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、**算定可** （末期の悪性腫瘍の患者以外の場合は利用開始後 30 日までの間にかぎる）
	01-2　精神科訪問看護基本療養費	認知症患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する患者を除く）を除き**算定可** **小多機・看多機の宿泊サービス利用中** 宿泊サービスの利用開始前 30 日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、利用開始後 30 日まで**算定可**
	02　訪問看護管理療養費	認知症患者（精神科訪問看護基本療養費を算定する患者を除く）を除き**算定可** **小多機・看多機の宿泊サービス利用中** 宿泊サービスの利用開始前 30 日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、**算定可** （末期の悪性腫瘍の患者以外の場合は利用開始後 30 日までの間にかぎる）
	03　訪問看護情報提供療養費 1	
	03-3　訪問看護情報提供療養費 3	
	05　訪問看護ターミナルケア療養費	

<<令和２年度診療報酬改定箇所>>

宿泊サービス利用中の訪問診療の要件見直し

退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用開始前３０日以内の訪問診療の算定が無い場合でも訪問診療を行うことが可となった。

別紙様式１

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師）

年　月　日

情報提供先事業所
担当　殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
医師氏名

基本情報

利用者氏名	（ふりがな） 年　月　日生（　歳）	男・女	〒　－ 連絡先　（　）

利用者の病状、経過等

（１）診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については１.に記入）及び発症年月日	
１.　発症年月日	（　年　月　日頃）
２.　発症年月日	（　年　月　日頃）
３.　発症年月日	（　年　月　日頃）
（２）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕	
（３）日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ・認知症高齢者の日常生活自立度	 □自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 □自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

（１）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針 □尿失禁 □転倒・骨折　□移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下　□閉じこもり　□意欲低下　□徘徊 □低栄養 □摂食・嚥下機能低下　□脱水 □易感染性　□がん等による疼痛　□その他（　） →　対処方針　（　）
（２）サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。） □訪問診療　□訪問看護　□訪問歯科診療　□訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション　□短期入所療養介護　□訪問歯科衛生指導　□訪問栄養食事指導 □通所リハビリテーション　□その他の医療系サービス（　）
（３）サービス提供時における医学的観点からの留意事項 □起居動作　□移動　□運動　□排泄　□睡眠 □入浴　□摂食　□嚥下　□血圧　□その他（　） →　対処方針　（　）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

（１）利用者の日常生活上の留意事項
（２)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 □特になし □あり （　） →　必要な支援（　）
（３）特記事項

人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

（1）意向の話し合い
□本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日：　　年　　月　　日）
□話し合いを実施していない （ □本人からの話し合いの希望がない　□それ以外 ）

※（2）から（5）は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

（2）本人・家族の意向
□下記をご参照ください　　□別紙参照（記載した書類等：　　）

（3）話し合いの参加者
□本人　□家族（氏名：　　続柄：　　）（氏名：　　続柄：　　）
□医療・ケアチーム　　□その他（　　）

（4）医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容

（5）その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・歯科医師）

年　月　日

情報提供先事業所
担当　殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	（ふりがな） 年　月　日生	男・女	〒　－ 連絡先　（　）

利用者の病状、経過等

（1）情報提供の目的

（2）病状、経過等
- □ 口腔衛生状態不良
- □ う蝕等
- □ 歯周病
- □ 口腔粘膜疾患（潰瘍等）
- □ 義歯の使用（□ 部分　□ 全部）
- □ 臼歯部咬合（□ 良好　□ 不良）
- □ 義歯の問題（□ 義歯新製が必要な欠損　□ 義歯破損・不適合等）
- □ 摂食嚥下機能の低下
- □ 口腔乾燥
- □ その他（　）
- □ 配慮すべき基礎疾患（　）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

（1）必要な歯科治療
- □ う蝕治療　□ 冠・ブリッジ治療　□ 義歯の新製や修理等
- □ 歯周病の治療　□ 口腔機能の維持・向上　□ その他（　）

（2）利用すべきサービス
- □ 居宅療養管理指導（□ 歯科医師　□ 歯科衛生士）　□ その他（　）

（3）その他留意点
- □ 摂食嚥下機能　□ 誤嚥性肺炎　□ 低栄養　□ その他（　）

（4）連携すべきサービス
- □ 特になし　□ あり（　）
- →必要な支援（　）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

（1）利用者の日常生活上の留意事項

（2）社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 □ 特になし □ あり
（　）
→　必要な支援（　）

（3）特記事項

歯科衛生士等による居宅療養管理指導に係る口腔の健康状態の評価・管理指導計画

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	年 月 日生	男 ・ 女
食形態	□ 経口摂取(□ 常食 □ 嚥下調整食(□ 4 □ 3 □ 2−2 □ 2−1 □ 1j □ 0t □ 0j)) □ 経腸栄養 □ 静脈栄養		
義歯の使用	□ あり (□ 部分 ・ □ 全部) □ なし		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	□ あり (直近の発症年月: 年 月) □ なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6 月以内の状況について記載すること。

2 口腔の健康状態の評価・再評価 (口腔に関する問題点等)

記入者・記入年月日	(氏名)			年 月 日
口腔衛生状態	口臭	□ あり	□ なし	□ 分からない
	歯の汚れ	□ あり	□ なし	□ 分からない
	義歯の汚れ	□ あり	□ なし	□ 分からない
	舌苔	□ あり	□ なし	□ 分からない
口腔機能の状態	奥歯のかみ合わせ	□ 良好	□ 不良	□ 分からない
	食べこぼし	□ あり	□ なし	□ 分からない
	むせ	□ あり	□ なし	□ 分からない
	口腔乾燥	□ あり	□ なし	□ 分からない
	舌の動きが悪い	□ あり	□ なし	□ 分からない
	ぶくぶくうがい※	□ できる	□ できない	□ 分からない
	※ 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認			
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)				
歯科疾患等	歯数	( )歯		
	歯の問題(う蝕、破折、脱離、残根歯等)	□ あり	□ なし	□ 分からない
	義歯の問題(不適合、破損、必要だが使用していない)	□ あり	□ なし	□ 分からない
	歯周病	□ あり	□ なし	□ 分からない
	粘膜の問題(潰瘍等)	□ あり	□ なし	□ 分からない
特記事項				

3 居宅療養管理指導計画 利用者家族に説明を行った日 年 月 日

初回作成日	年 月 日	作成(変更)日	年 月 日
記入者	歯科医師:	歯科衛生士:	
目標	□ 歯科疾患(□ 重症化防止 □ 改善) □ 口腔衛生(□ 自立 □ 介護者の口腔清掃技術の向上 □ 専門職の定期的な口腔清掃等) □ 摂食嚥下機能(□ 維持 □ 改善)	□ 食形態(□ 維持 □ 改善) □ 栄養状態(□ 維持 □ 改善) □ 誤嚥性肺炎の予防 □ その他( )	
実施内容	□ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導	□ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他( )	
訪問頻度	□ 月4回程度 □ 月2回程度 □ 月１回程度 □ その他( )		
関連職種との連携			

4 実施記録

訪問日	年 月 日 時 分 ～ 時 分	実施者	
訪問先	□ 自宅 □ 認知症グループホーム □ 特定施設(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	□ なし □ あり 年 月 日 時 分 ～ 時 分		
実地指導の要点	□ 口腔清掃 □ 口腔清掃に関する指導 □ 義歯の清掃 □ 義歯の清掃に関する指導 □ 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導	□ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 □ その他 ( )	
解決すべき課題			
特記事項	□ 実地指導に係る情報提供・指導( ) □ 管理指導計画の見直しを含む歯科医師からの指示( )		

居宅療養管理指導(管理栄養士) 指示書 (様式例)

別紙様式4

指示日　　年　　月　　日

ふりがな 氏名　　様	男 ・ 女	生年月日 年　月　日（　歳）

身長 cm	体重 kg	BMI kg/㎡	検査値・服薬内容　□ 別紙添付有り

＜疾患名＞

＜対象となる特別食等＞

□腎臓病食　□肝臓病食　□糖尿病食　□胃潰瘍食
□貧血食　□膵臓病食　□脂質異常症食　□痛風食
□高血圧・心臓食　□経管栄養のための濃厚流動食　□嚥下困難のための流動食
□特別な場合の検査食　□低栄養状態
□その他（　　）

＜指導内容＞

□食形態の調整　□エネルギー摂取量の調整　□たんぱく質摂取量の調整
□脂質摂取量の調整　□ビタミン摂取量の調整　□ミネラル摂取量の調整
□その他

＜上記詳細・その他の内容・目標＞

＜留意事項＞

＜指示栄養量＞

エネルギー　：　　kcal/日
たんぱく質　：　　g/日
脂質　　：　　g/日

その他（　　※記載例：カリウム　1500mg以下/日）

医療機関・施設名

医師名：

御中　　医療機関・施設名：

上記の通り、栄養管理を依頼します。　　電話番号：

FAX：

居宅療養管理指導(管理栄養士) 特別追加訪問指示書

別紙様式5

指示期間:　　年　　月　　日　から30日間

ふりがな 氏名 様	男 ・ 女	生年月日 年　月　日（　歳）

＜病状・主訴＞
＜一時的に管理栄養士による居宅療養管理指導が頻回に必要な理由＞
＜栄養に関する具体的な指示事項・留意事項等＞

上記の通り、指示いたします。

医療機関・施設名

医師名:

医療機関・施設名:

電話番号:

管理栄養士様

FAX:

○○発　　第　号
令和６年３月　日

各都道府県介護保険主管部（局）長宛　殿

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
厚生労働省老健局老人保健課長
（公印省略）

（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）

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施については、「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」（平成十二年三月一日老企第三六号。以下「訪問通所サービス通知」という。）、「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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等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」（平成十二年三月八日老企第四〇号）、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成十八年三月十七日老計発第〇三一七〇〇一号、老振発第〇三一七〇〇一号、老老発第〇三一七〇〇一号）及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成十八年三月三十一日老計発第〇三三一〇〇五号、老振発第〇三三一〇〇五号、老老発第〇三三一〇一八号）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例を左記のとおりお示しするので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

本通知は、令和六年四月一日から適用するが、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和三年三月一六日老認発〇三一六第三・老

老発〇三一六第二）については、本通知を新たに発出することから廃止することにご留意されたい。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和６年厚生労働省令第 16 号）において、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防通所リハビリテーション（以下「訪問看護等」という。）に係る改正は令和６年６月施行となっているところ、令和６年４月から５月までの間の訪問看護等については、従前の取り扱いとする。

記

＜目次＞頁

第一章　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について 3
第二章　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の各取組について 6
第一　リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 6
第二　個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について 23
第三　施設サービスにおける栄養ケア・マネジメント及び栄養マネジメント強化加算等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 28
第四　通所・居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 34
第五　口腔・栄養スクリーニング加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 38
第六　口腔衛生の管理体制に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 40
第七　口腔連携強化加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 42
第八　口腔機能向上加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について 45

第一章　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組について

Ⅰ　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の一体的な実施の基本的な考え方

リハビリテーション・個別機能訓練と栄養管理の連携においては、筋力・持久力の向上、活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整、低栄養の予防・改善、食欲の増進等が期待される。栄養管理と口腔管理の連携においては、適切な食事形態・摂取方法の提供、食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持等が期待される。口腔管理とリハビリテーション・個別機能訓練の連携においては、摂食嚥下機能の維持・改善、口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防等が期待される。

このように、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組は一体的に運用されることで、例えば、

- リハビリテーション・個別機能訓練の負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することによる筋力・持久力の向上及びＡＤＬの維持・改善
- 医師、歯科医師等の多職種の連携による摂食嚥下機能の評価により、食事形態・摂取方法の適切な管理、経口摂取の維持等が可能となることによる誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下障害の改善

など、効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。

このため自立支援・重度化防止のための効果的なケアを提供する観点から、医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理が実施されることが望ましい。

Ⅱ　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔の一体的な実施に関する様式例

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進めるため、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理に関する評価等を一体的に記入できる様式として、別紙様式１－１（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））、別紙様式１－２　（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））、別紙様式１－３（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））、別紙様式１－４（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））を示す。

本様式は、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の取組を一体

的に行う際に、各取組に係る専門職が情報共有を行い、協働して計画を作成する際に用いることができる。各取組についての情報をそれぞれ記載した上で、多職種が連携し、それらを踏まえた共通課題を抽出し、共通目標を設定するとともに、具体的なケア内容に反映させる。

なお、下表中左欄に定める様式を用いて計画書を作成した場合、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養及び口腔に係る各加算等の算定に際し必要とされる右欄の様式の作成に代えることができる。ただし、左欄の様式の一部のみを記入した場合に、右欄の様式の作成に代えることはできないため留意すること。

別紙様式１－１（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系））	⇒	別紙様式２－２－１及び２－２－２（リハビリテーション計画書） 別紙様式４－３－１（栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式４－３－２（栄養ケア計画書（通所・居宅）（様式例）） 別紙様式６－４（口腔機能向上サービスに関する計画書）
別紙様式１－２（リハビリテーション、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系））	⇒	別紙様式２－２－１及び別紙様式２－２－２（リハビリテーション計画書）「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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等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」別紙様式１ 別紙様式４－１－１（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）） 別紙様式４－１－２（栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）（様式例）） 「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（短期入所

		サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等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」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算　様式（実施計画))
別紙様式１－３（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（通所系))	⇒	別紙様式３－２(生活機能チェックシート)、別紙様式３－３（個別機能訓練計画書) 別紙様式４－３－１(栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅)（様式例)) 別紙様式４－３－２(栄養ケア計画書（通所・居宅)（様式例)) 別紙様式６－４(口腔機能向上サービスに関する計画書)
別紙様式１－４（個別機能訓練、栄養、口腔に係る実施計画書（施設系))	⇒	別紙様式３－２(生活機能チェックシート)、別紙様式３－３（個別機能訓練計画書) 別紙様式４－１－１（栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設)（様式例)) 別紙様式４－１－２（栄養ケア・経口移行・経口維持計画書(施設)(様式例)) 「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(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等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」別紙様式３及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式１（口腔衛生管理加算　様式（実施計画））

第二章　リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の各取組について

第一　リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方

１　リハビリテーションについて

生活機能の低下した利用者に対するリハビリテーションは、単に運動機能や認知機能といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、利用者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることを目的とするものである。利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないよう、症状緩和のための取組（マッサージ等）のみを行う場合はその必要性を見直す必要がある。

リハビリテーションを提供する際には、利用者のニーズを踏まえ、利用者本人による選択を基本とし、利用者やその家族にサービス内容についてわかりやすく説明し、その同意を得なければならない。利用者やその家族の理解を深め、協働作業が十分になされるために、リハビリテーション、生活不活発病（廃用症候群）や生活習慣病等についての啓発を行うことも重要である。

２　リハビリテーションマネジメントについて

リハビリテーションマネジメントは、高齢者の尊厳ある自己実現を目指すという観点に立ち、利用者の生活機能の向上を実現するため、介護保険サービスを担う専門職やその家族等が協働して、継続的な「サービスの質の管理」を通じ、適切なリハビリテーションを提供し、もって

利用者の要介護状態又は要支援状態の改善や悪化の防止に資するものである。

Ⅱ　(介護予防) 訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントについて

1　リハビリテーションマネジメントの実務等について

(介護予防) 訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントについては、基本報酬の要件及び各種加算の要件として定められていることから、各種加算を算定しない場合においても、全利用者に適切なリハビリテーションマネジメントが実施されるよう努める必要がある。

2　リハビリテーションマネジメントにおける SPDCA サイクルの具体的取組内容

リハビリテーションマネジメントは、調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) (以下「SPDCA」という。) のサイクルの構築を通じて、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。SPDCA サイクルの工程を管理するために、別紙様式２―４「リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票」を活用することができる。

以下にリハビリテーションマネジメントにおける SPDCA サイクルの具体的な取組内容を記載する。

⑴　調査 (Survey)

- リハビリテーションマネジメントにおける調査 (Survey) とは、利用者・家族の希望を踏まえた効果的なリハビリテーション計画を作成することを目的として、適切な方法により、利用者及びその環境に関する情報を把握することをいう。
- 把握する情報として、利用者・家族の希望、全体のケアマネジメントの方針、利用者の健康状態、心身機能、活動 (ADL や IADL など)、参加 (家庭内での役割、余暇活動、社会地域活動など) についての状況、環境因子等がある。
- 情報を把握するための手段として、事業所医師の診療、運動機能検査、作業能力検査等の各種検査、居宅サービス計画の情報の入手、本人・家族からの情報収集等がある。
- リハビリテーションに対する利用者・家族の希望を確認する際に

は、利用者の興味や関心のある生活行為について把握するために、別紙様式２―１「興味・関心チェックシート」を活用することができる。把握に当たっては、「こういうことをしてみたい」という目標を利用者自身が意識できるように働きかけ、利用者の意欲の向上を図ることも重要である。

⑵　計画（Plan）

・　リハビリテーションマネジメントにおける計画(Plan)とは、リハビリテーションに関する目標の設定、解決すべき課題の把握（アセスメント）及び、それを基にした具体的な対応の決定を含むリハビリテーション計画の作成のことをいう。

・　リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握は、「①調査」の結果を踏まえて行う。複数の課題が見つかる場合は、本人の希望に沿った、活動・参加の向上、生活の質の向上に繋がる課題に対し優先的に介入を行う。

・　解決すべき課題に対して、心身機能・構造、活動、参加、健康状態、個人因子、環境因子のどこに要因があるのか（どこを改善すれば課題を解決することができるのか)、を検討し、それぞれに対する具体的な対応（訓練内容、支援内容、環境調整等）を設定する。その際、残存機能（現時点で利用者ができること）の活用の視点も忘れないようにすること。

・　訓練内容については、その介入方法で改善しようとしている機能とその目的、介入による変化の予測を明確に設定し、適宜確認を行う。サービス提供時間内だけでなく、日常生活で家族、本人に行って貰うことを設定するのも重要である。

・　自助具等の導入により本人の機能を補うことや、環境調整を行うことにより、心身機能・構造等の改善が難しい場合においても、本人の活動や参加を改善することができる場合がある。その際、必要以上の調整を行うことで、本人の残存機能の活用を妨げないよう留意する。

⑶　実行（Do）

・　リハビリテーションマネジメントにおける実行(Do)とは、事業所の医師の指示及びリハビリテーション計画に基づき、実際にサービスを提供することをいう。サービス提供時間内に行われる訓練だけでなく、環境調整や、利用者・家族への助言及び指導が含まれ

ることに留意する。

- リハビリテーションの提供の際には、医師から指示された、リハビリテーション開始前または実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等に留意して行うこと。
- リハビリテーションの提供は、漫然と行うのではなく、常に何のための訓練か、訓練は効果的に行われているか等を考慮しながら行うこと。

⑷ 評価（Check）、改善（Action）

- リハビリテーションマネジメントにおける評価(Check)とは、医師の指示及びリハビリテーション計画に基づいて実際に行われたサービス提供の結果、利用者の心身機能、活動、参加の状態の変化や、課題の解決及び目標の達成状況について評価し、それによって計画の見直しを行うことをいう。
- 心身機能、活動、参加の状況はどう変化したか、課題の解決ができたか、介入方法は適切であったか、課題の設定は適切であったか等をよく検討し、より適切なリハビリテーションが行われるよう計画を見直すこと。

3　家族、介護支援専門員又は他事業所との連携

リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいて提供されるべきものである。特に日常生活上の生活行為への働きかけである介護サービスは、リハビリテーションの視点から提供されるべきものであることから、介護支援専門員及び他事業所との連携は重要である。

⑴ リハビリテーション会議

リハビリテーション会議は、利用者及びその家族、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員等を構成員として実施され、アセスメント結果などの情報の共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等について協議を行う。

⑵ 介護支援専門員等への情報提供

リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する以下の内容を含む情報提供を行う。

・　利用者や家族の活動や参加に関する希望及び将来利用を希望する社会参加に資する取組
・　利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力等の日常生活能力並びにその能力の改善の可能性
・　利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及び留意点
・　家屋等の環境調整の可能性及び家具や調理器具等の生活用具の工夫
・　その他リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

⑶　指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は家族に対する助言

リハビリテーション会議により協議した内容等を考慮し、助言する対象者を適切に判断する。利用者の居宅を訪問し、指定訪問介護等の居宅サービスの従事者又は利用者の家族に以下の内容を含む助言を行う。

・　利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力等の日常生活能力並びにその能力の改善の可能性
・　生活環境に応じた日常生活上の留意点並びに介護の工夫等

⑷　サービス利用終了時の対応等

サービス利用終了後の利用者の生活機能の維持に資するよう、サービスの利用が終了する一月前以内に、事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション会議を行うことが望ましい。その際、介護支援専門員や終了後に利用予定の他の居宅サービス事業所や、介護予防・日常生活支援総合事業の担当者等の参加を求めるものであること。

・　利用終了時には、担当の介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師に対し、リハビリテーションの観点から必要な情報提供を行う。

4　リハビリテーションマネジメントに関連する主な加算の考え方

リハビリテーションマネジメントを前提とする加算の主な考え方に

ついて、以下に記載する。

⑴　リハビリテーションマネジメント加算について

上記のリハビリテーションマネジメントの考え方を参照すること。

⑵　認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

・　心身機能、活動及び参加の維持又は回復を図るに当たって、認知症高齢者の状態によりきめ細かく配慮し、より効果的なリハビリテーションの提供を促進するため、認知症短期集中リハビリテーション実施加算を設けた。

・　別紙様式２―１を活用し、利用者がしている、してみたい、興味がある生活行為を把握し、見当識や記憶などの認知機能や実際の生活環境を評価し、アセスメント後に、当該生活行為で確実に自立できる行為を目標とする。

・　居宅で評価する際には、利用者が実際に生活する場面で、失敗をしないで取り組めるよう、実施方法や環境にあらかじめ配慮する。

・　リハビリテーションの内容を選定する際には、役割の創出や達成体験、利用者が得意とすることをプログラムとして提供するなど自己効力感を高める働きかけに留意すること。

⑶　生活行為向上リハビリテーション実施加算について

・　活動の観点から、生活行為の内容の充実を図るための目標を設定し、加齢等により低下した利用者の活動の向上を図るためのリハビリテーションの提供を評価するため、生活行為向上リハビリテーション実施加算を設けた。

①　生活行為向上リハビリテーション実施加算の課題分析

・　まず、利用者がしてみたいと思う生活行為で、一連の行為のどの部分が支障となってうまくできていないのかという要因を分析する。例えば、トイレ行為であれば、畳に座っている姿勢、立ち上がり、トイレに行く、トイレの戸の開閉、下着の脱衣、便座に座る動作、排泄、後始末、下着の着衣、元の場所に戻る、畳に座る等の一連の行為を分析し、そのどこがうまくできていないのかを確認すること。

・　うまくできていない行為の要因ごとに、利用者の基本的動作能力（心身機能）、応用的動作能力（活動）、社会適応能力（参加）のどの能力を高めることで生活行為の自立が図られるのかを検討すること。

・　基本的動作能力については、起居や歩行などの基本的動作を直

接的に通所にて訓練を行い、併せて居宅での環境の中で一人でも安全に実行できるかを評価すること。

・　応用的動作能力については、生活行為そのものの技能を向上させる反復練習、新たな生活行為の技能の習得練習などを通して、通所で直接的に能力を高める他、住環境や調理器具などの生活道具、家具など生活環境について工夫することについても検討すること。通所で獲得した生活行為が居宅でも実行できるよう訪問し、具体的な実践を通して評価を行い、実際の生活の場面でできるようになるよう、支援すること。また、利用者が家庭での役割を獲得できるよう、家族とよく相談し、調整すること。

・　社会適応能力については、通所の場面だけではなく、居宅に訪問し家庭環境（家の中での環境）への適応状況の評価、利用者が利用する店での買い物や銀行、公共交通機関の利用などの生活環境への適応練習、地域の行事や趣味の教室などへの参加をするための練習をするなど、利用者が一人で実施できるようになることを念頭に指導すること。

②　生活行為向上リハビリテーション実施加算の留意事項

・　目標達成後に自宅での自主的な取組や介護予防・日常生活支援総合事業における第一号通所事業や一般介護予防事業、地域のカルチャー教室や通いの場、通所介護などに移行することを目指し、集中的に行う。

・　生活行為向上リハビリテーションを行うために必要な家事用設備、各種日常生活活動訓練用具などが備えられていることが望ましい。

・　利用者と家族のプログラムへの積極的な参加が重要であることから、利用者及びその家族に生活行為がうまくできない要因、課題を解決するために必要なプログラム、家での自主訓練を含め分かりやすく説明を行い、利用者及びその家族にプログラムの選択を促すよう配慮し進め、主体的に取り組む意欲を引き出す。

・　活動と参加の観点からは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する指定訪問リハビリテーションを利用することも重要である。

・　利用者の能力だけではなく、利用者を取り巻く家族や地域の人々、サービス提供者に対しても、利用者の生活行為の能力につ

いて説明を行い、理解を得て、適切な支援が得られるよう配慮すること。

・　要介護認定等の更新又は区分の変更により、要介護状態区分から要支援状態区分又は要支援状態区分から要介護状態区分となった利用者に対して、生活行為向上リハビリテーションの提供を継続する場合には、算定月数を通算するものとする。その際、作成した生活行為向上リハビリテーション実施計画を活用することは差し支えないが、利用者の心身の状況等を鑑み、適時適切に計画は見直す。

⑷　移行支援加算について

・　移行支援加算は、指定通所介護事業所等へのスムーズな移行ができるよう、リハビリテーション計画を基に、リハビリテーションを提供し、その結果、利用者のＡＤＬとＩＡＤＬが向上し、指定通所介護等の他のサービス等に移行できるなど、質の高いリハビリテーションを提供しているリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価するものである。

Ⅲ　介護保健施設サービス及び介護医療院サービスにおけるリハビリテーションマネジメントの実務等について

１　基本的な考え方

施設サービスにおいて提供されるリハビリテーションは、施設退所後の居宅における利用者の生活やその場において提供されるリハビリテーションを考慮した上で、利用者の在宅復帰に資するものである必要があり、施設入所中又はその退所後に居宅において利用者に提供されるリハビリテーションが一貫した考え方に基づき提供されるよう努めなければならない。そのためには施設入所中も、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本である。

２　リハビリテーションマネジメントの実務等について

⑴　リハビリテーションマネジメントの体制

①　リハビリテーションマネジメントは医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、支援相談員その他の職種（以下「関連スタッフ」という。）が協働して行うものである。

②　各施設等の管理者は、リハビリテーションマネジメントに関す

る手順（情報収集、アセスメント・評価、カンファレンスの支援、計画の作成、説明・同意、サービス終了前のカンファレンスの実施、サービス終了時の情報提供等）をあらかじめ定める。

⑵　リハビリテーションマネジメントの実務

①　サービス開始時における情報収集について

関連スタッフは、サービス開始時までに適切なリハビリテーションを実施するための情報を収集するものとする。情報の収集に当たっては主治の医師から診療情報の提供、担当介護支援専門員等からケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で受け取ることが望ましい。なお、これらの文書は別紙様式２―６、２―７の様式例を参照の上、作成する。

②　サービス開始時におけるアセスメント・評価、計画、説明・同意について

関連スタッフ毎にアセスメントとそれに基づく評価を行い、多職種協働でサービス開始時カンファレンスを開催し、速やかにリハビリテーション計画の原案を作成する。リハビリテーション計画の原案については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。また、リハビリテーション計画の原案に関しては、③ハに掲げるリハビリテーション計画書の様式又はこれを簡略化した様式を用いるものとする。なお、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）第十四条若しくは第五十条において準用する第十四条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成三十年厚生労働省令第五号）第十七条若しくは第五十四条において準用する第十七条において作成することとされている各計画の中に、リハビリテーション計画の原案に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもってリハビリテーション計画の原案の作成に代えることができるものとする。

③　サービス開始後二週間以内のアセスメント・評価、計画、説明・同意について

リハビリテーション実施計画の原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、サービス開始からおおむね二週間以内に以下のアからカまでの項目を実施する。

ア　アセスメント・評価の実施関連スタッフ毎に別紙様式２―

８を参照としたアセスメントを実施し、それに基づく評価を行う。

イ　リハビリテーションカンファレンスの実施

関連スタッフによってリハビリテーションカンファレンスを開催し、目標、到達時期、具体的アプローチ、プログラム等を含む実施計画について検討する。リハビリテーションカンファレンスには、状況に応じて利用者やその家族の参加を求めることが望ましい。

目標の設定に関しては利用者の希望や心身の状況等に基づき、当該利用者が自立した尊厳ある日常生活を送る上で特に重要であると考えられるものとし、その目標を利用者、家族及び関連スタッフが共有することとする。目標、プログラム等の設定に当たっては施設及び居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）と協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。

ウ　リハビリテーション計画書の作成

リハビリテーションカンファレンスを経て、リハビリテーション計画書を作成する。リハビリテーション計画書の作成に当たっては、別紙様式２―９又は別紙２－２－１及び２－２－２の様式を用いて作成する。なお、リハビリテーション計画の原案を作成した場合はリハビリテーション計画書を新たに作成する必要はなく、リハビリテーション計画の原案を必要があれば変更した上で、リハビリテーション計画書の作成に代えることができるものとする。

リハビリテーション計画は、ケアプランと協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。施設サービスにおいてはリハビリテーション計画を作成していれば、ケアプランのうちリハビリテーションに関し重複する部分については省略しても差し支えない。

エ　利用者又は家族への説明と同意

リハビリテーション計画の内容については利用者又はその家族に分かりやすく説明を行い、同意を得る。その際、リハビリテーション計画書の写しを交付することとする。

オ　指示と実施

関連スタッフは、医師の指示に基づきリハビリテーション計画書に沿ったリハビリテーションの提供を行う。リハビリ

テーションをより有効なものとする観点からは、専門職種によるリハビリテーションの提供のみならず、リハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図り、家族、看護職員、介護職員等による日常生活の生活行為への働きかけを行う。

介護老人保健施設サービス費（Ⅰ）及びユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）を算定すべき介護老人保健施設の医師は、リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。指示の内容については、利用者の状態の変化に応じ、適宜変更すること。

カ　アからオまでの過程はおおむね三月毎に繰り返し、内容に関して見直すこととする。また、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。管理者及び関連スタッフは、これらのプロセスを繰り返し行うことによる継続的なサービスの質の向上に努める。

④　サービス終了時の情報提供について

ア　サービス終了前に、関連スタッフによるリハビリテーションカンファレンスを行う。その際、担当の介護支援専門員や居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求め、必要な情報を提供する。

イ　サービス終了時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行う。その際、主治の医師に対しては、診療情報の提供、担当介護支援専門員等に対してはケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で行う。なお、これらの文書は別紙様式２―６の様式例を参照の上、作成する（ただし、これらの文書は、リハビリテーション実施計画書、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第九条若しくは第五十条において準用する第九条又は介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成三十年厚生労働省令第五号）第十三条若しくは、第五

十四条において準用する第十三条に規定するそれぞれのサービスの提供の記録の写し、又は退所時情報提供加算の算定にあたり交付する様式としても差し支えない。)。

Ⅳ　別紙様式の記載要領

1　別紙様式２―１（興味・関心チェックシート）

利用者が日常生活上実際にしていること、実際にしてはいないがしてみたいと思っていること、してみたいとまでは思わないものの興味があることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成する。

2　別紙様式２―２―１、別紙様式２―２―２（リハビリテーション計画書)

⑴　本人・家族等の希望

利用者本人からの聞き取りにより、利用者がしたい又はできるようになりたい生活の希望等を該当欄に記載する。また、本人の希望に沿って、家族が支援できることがあれば、当該箇所に記載する。

⑵　健康状態、経過

リハビリテーションが必要となった原因疾病、当該疾患の発症日・受傷日、直近の入院日・退院日、手術がある場合は手術日と術式等の治療経過、合併疾患の有無とそのコントロールの状況を該当箇所に記載する。例えば、脳梗塞後で麻痺があるものの、元々生活が自立していた利用者が、誤嚥性肺炎を発症し、その結果介助が必要となった場合は、リハビリテーションが必要となった原因疾病は「誤嚥性肺炎」、合併症は「脳血管疾患」となる。

更に、これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）を該当箇所に記載すること。

⑶　心身機能・構造

心身機能の障害の有無について、現在の状況の欄に記載すること。

心身機能の障害があった場合には、現在の状況と活動への支障の有無について該当箇所にチェックすること。なお、該当項目に無い項目に関して障害を認める場合は、特記事項に記載する。

移動能力については、六分間歩行試験又はTimed up & Go Test（ＴＵＧ）を選択し、客観的測定値を記載する。

認知機能については、ＭＭＳＥ(Mini Mental State Examination)又はＨＤＳ―Ｒ（改定長谷川式簡易知能評価スケール）を選択し、その得点を記載する。

服薬管理の状況、コミュニケーションの状況については、現在の状

況を記載する。

⑷　活動の状況

現在の状況については「している」状況を該当箇所にチェックすること。また、評点については、リハビリテーション計画の見直しごとに、以下の通り、各活動の状況の評価を行い記載すること。

①　基本動作

居宅を想定しつつ、基本動作の状況を評価し、該当箇所にリハビリテーション開始時点及び現在の状況について記載する。

②　活動（ＡＤＬ）(Barthel Index を活用)

リハビリテーションにおいては、訓練上は「できる」ADL を、日常生活上で「している」ADL にするためのアプローチが重要であることから、左記を参考に現在日常生活上で「している」状況について評価を行い、リハビリテーション開始時点及び現在の状況について該当箇所に記載すること。

動作		選択肢
1	食事	10 自立　５一部介助　０全介助
2	イスとベッド間の移乗	15 自立　10 監視下　５一部介助　０全介助
3	整容	５自立　０一部介助又は全介助
4	トイレ動作	10 自立　５一部介助　０全介助
5	入浴	５自立　０一部介助又は全介助
6	平地歩行	15 自立　10 歩行器等　５車椅子操作が可能　０その他
7	階段昇降	10 自立　５一部介助　０全介助
8	更衣	10 自立　５一部介助　０全介助
9	排便コントロール	10 自立　５一部介助　０全介助
10	排尿コントロール	10 自立　５一部介助　０全介助

⑸　リハビリテーションの目標、方針、本人・家族への生活指導の内容、実施上の留意点、リハビリテーションの見通し・継続理由、終了の目安と時期

本項目は医師の指示に基づき記載する。目標は長期目標と、今後三か月を目安とした短期目標を、方針については今後三か月の方針を、該当箇所に記載すること。本人・家族への生活指導の内容を、自主トレーニングの内容と併せて記載する。

リハビリテーション実施上の留意点について、リハビリテーショ

ン開始前・訓練中の留意事項、運動負荷の強度と量等を該当箇所に記載すること。終了の目安・時期について、おおよその時期を記載する。

また、事業所の医師が利用者に対して三月以上のリハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーションの継続利用が必要な理由、その他介護サービスの併用と移行の見通しをリハビリテーションの見通し・継続理由に記載する。

⑹ 活動（ＩＡＤＬ）(Frenchay Activity Index を活用)

左記を参考に現在「している」状況について評価を行い、リハビリテーション開始時点及び現在の状況を該当箇所にその得点を記載する。

項目		選択肢
1	食事の用意（買い物は含まれない)	0　していない　1　まれにしている 2　時々（週に１～２回） 3　週に３回以上している
2	食事の片づけ	0　していない　1　まれにしている 2　時々（週に１～２回） 3　週に３回以上している
3	洗濯	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
4	掃除や整頓（箒や掃除機を使った清掃や身の回りの整理整頓など)	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
5	力仕事（布団の上げ下げ、雑巾で床を拭く、家具の移動や荷物の運搬など)	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
6	買物（自分で運んだり、購入すること)	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
7	外出（映画、観劇、食事、酒飲み、会合などに出かけること)	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
8	屋外歩行（散歩、買物、外出等のために少なくとも15 分以上歩くこと)	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
9	趣味（テレビは含めない)	0　していない　1　まれにしている

		2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
10	交通手段の利用（タクシー含む）	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
11	旅行	0　していない　1　まれにしている 2　時々している（週に１回未満） 3　週に１回以上している
12	庭仕事（草曳き、水撒き、庭掃除） ※ベランダ等の作業も含む	0　していない　1　時々している 2　定期的にしている 3　定期的にしている。必要があれば掘り起し、植え替え等の作業もしている
13	家や車の手入れ	0　していない 1　電球の取替・ねじ止めなど 2　ペンキ塗り・模様替え・洗車 3　２の他、家の修理や車の整備
14	読書（新聞・週刊誌・パンフレット類は含めない）	0　読んでいない　1　まれに 2　月に１回程度 3　月に２回以上
15	仕事（収入のあるもの、ボランティアは含まない）	0　していない　1　週に１～９時間 2　週に 10～29 時間 3　週に 30 時間以上

⑺　環境因子

家族、住環境、自宅周辺の環境（坂が多いなど）、利用可能な外出手段（公共交通機関や自家用車など）、その他のサービスの利用、福祉用具の利用について、現状を該当箇所にチェックする。環境因子の情報は、利用者の活動・参加の能力の向上を行うにあたり必要となるため、必要に応じて幅広く取得すること。

⑻　社会参加の状況

現在の参加の状況（家庭内での役割や余暇活動、社会活動及び地域活動への参加等）を聞き取り、記載すること。

⑼　「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

能力及び生活機能の障害と、それらの予後予測を踏まえて、本人が希望する活動と参加において重要性の高い課題を抽出し記載するこ

と。その課題を解決するために、影響を及ぼしていると考えられる機能障害とその改善可能性について検討し、記載すること。また、影響を及ぼしていると考えられる機能障害以外の因子（個人因子、環境因子、健康状態等）と、調整の必要性や実効性について検討し、記載すること。

⑽　要因分析を踏まえた具体的なサービス内容

リハビリテーションの提供計画については、⑼で分析した課題について優先順位をつけ、その順位に沿って、解決すべき課題を記載する。また、⑼で分析した課題に影響を及ぼす因子にアプローチできるよう、具体的支援内容を記載する。その際、サービス提供時間に理学療法士等が行うことだけでなく、日常生活上において、本人・家族が行うべきことについても記載するよう努めること。そのほか、目標達成までの期間、サービス提供の予定頻度、及び時間について記載すること。

⑾　情報提供

介護支援専門員や他事業所の担当者と共有すべき事項があった場合は、内容を記載すること。また、リハビリテーション計画書は、介護支援専門員や計画的な医学的管理を行っている医師、居宅サービス計画に位置付けられている居宅サービスの担当者と、その写しを共有し、該当の情報提供先にチェックをすること。

3　別紙様式２―３（リハビリテーション会議録）

⑴　リハビリテーション会議の開催日、開催場所、開催時間、開催回数を明確に記載すること。

⑵　会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。

⑶　リハビリテーションの支援方針（サービス提供終了後の生活に関する事項を含む。）、リハビリテーションの内容、各サービス間の協働の内容について検討した結果を記載すること。

⑷　構成員が不参加の場合には、不参加の理由を記載すること。

4　別紙様式２―４（リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票）

別紙様式２―４は、リハビリテーションマネジメントを SPDCA サイクルに則り適切に実行しているかを確認するために活用することが出来る。実行した事項にチェックを行い、必要に応じて日付を書き込むこと。

5　別紙様式２―５（生活行為向上リハビリテーション実施計画）の記載

⑴　利用者が、してみたいと思う生活行為に関して、最も効果的なリハビリテーションの内容（以下「プログラム」という。）を選択し、おおむね六月間で実施する内容を心身機能、活動、参加のアプローチの段階ごとに記載すること。

⑵　プログラムについては、専門職が支援することの他、本人が取り組む自主訓練の内容についても併せて記載すること。また、プログラムごとに、おおむねの実施時間、実施者及び実施場所について、記載すること。

⑶　プログラムの実施に当たっては、訪問で把握した生活行為や動作上の問題を事業所内外の設備を利用し練習する場合には、あらかじめ計画上に書き込むこと。

⑷　通所で獲得した生活行為については、いつ頃を目安に、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の実際の生活の場面で評価を行うのかもあらかじめ記載すること。

⑸　終了後の利用者の生活をイメージし、引き続き生活機能が維持できるよう地域の通いの場などの社会資源の利用する練習などについてもあらかじめプログラムに組み込むこと。

6　別紙様式２－６（診療情報提供に係る文書）

サービス開始時の主治の医師からの情報収集又は医師への情報提供にあたり、当該様式を参考とする。

7　別紙様式２－７（ケアマネジメント連絡用紙）

介護支援専門員等からの情報収集又は情報提供に当たり、当該様式を参考とする。

8　別紙様式２－８（＜リハビリテーションマネジメント＞アセスメント上の留意点）

施設系サービスにおけるリハビリテーションマネジメントのアセスメントにあたって、当該文書を参考とする。

9（参考）「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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等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」別紙様式１

　リハビリテーション計画を立てる際に当該様式を参照することができる。なお、別紙様式２―２－１及び２－２－２を用いることとしてもよい。

第七　口腔連携強化加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順例及び様式例の提示について

Ⅰ　口腔連携強化加算に関する基本的な考え方

口腔連携強化加算は、介護事業所が口腔の健康状態の評価や訪問歯科診療等について歯科医療機関に相談できる体制を構築するとともに、口腔の健康状態の評価の実施並びに歯科医療機関及びに介護支援専門員への情報提供することを評価したものである。これにより、利用者毎の口腔の健康状態の把握並びに歯科専門職の確認を要する状態の利用者の把握を通じて、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげることが目的である。

Ⅱ　口腔連携強化加算にかかる実務について

1　口腔の健康状態の評価の実施

介護職員等は、「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」別紙様式６、「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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等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」別紙様式 11、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式６及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式８等を用いて口腔の健康状態の評価を行い、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、「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」別紙様式６、「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（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等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」別紙様式 11、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式６及び「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」別紙様式８等により提供する。評価にあたっては、「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）等の関連学会が示す口腔の評価及び管理に係る記載等も参考にされたい。なお、必要に応じて口腔健康管理に係る研修の受講等も活用し、適切な口腔の健康状態の評価の実施に務めること。介護職員については、事業所の医療従事者に相談する等の対応も検討すること。また、継続的な口腔の健康状態の評価を実施することにより、利用者の口腔の健康状態の向上に努めること。

【口腔の健康状態の評価項目】

項目	評価	評価基準	評価の必要性
1.開口	1.　できる 2.　できない	・上下の前歯の間に指 2 本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量３ｃｍ以下）には「２」につける。	開口が不十分及び開口拒否等は口の中の観察も困難にするとともに、口腔清掃不良となる要因である。また、開口が不十分においては要因の精査等が必要となる場合がある。
2.歯の汚れ	1.　なし 2.　あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「２」につける。	歯が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。虫歯や歯周病の原因となるだけでなく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。
3.舌の汚れ	1.　なし 2.　あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「２」につける。	舌が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。歯の汚れと同じく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。

4. 歯肉の腫れ、出血	1. なし 2. あり	・歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「２」につける。	歯肉の腫れ、出血は歯周病の可能性があり、歯周病は放置すると歯を失う可能性がある。また、糖尿病等の全身疾患との関連性も報告されている。
5. 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	1. できる 2. できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「２」につける。	奥歯が無い場合に、食物をかみ砕く能力が低下し、食事形態等に関連があるだけでなく、窒息事故との関連も報告されている。転倒リスクとの関連性も報告されており、義歯の利用等も含めて検討が必要である。
6. むせ	1. なし 2. あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな｢むせ｣はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「２」につける。	摂食嚥下障害の可能性があり、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。唾液や食物などを誤嚥している可能性があり、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。
7. ぶくぶくうがい※１	1. できる 2. できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「２」につける。	口の周りの筋肉等の動きと関連しており、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。口腔機能の低下の可能性があるとともに、口腔衛生管理とも関連している。
8. 食物のため込み、残留※２	1. なし 2. あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「２」につける。	摂食嚥下障害等に関連しており、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。

9.その他	自由記載	・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。	その他、歯科疾患との関連がある事項や利用者の訴え等も含めて検討する。
歯科医師等による口腔内等の確認の必要性	1.　低い 2.　高い	・項目1−8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。	

※1　現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り実施する。

※2　食事の観察が可能な場合は確認する。

2　情報を提供された歯科医療機関における対応

情報を提供された歯科医療機関については、介護事業所から情報を提供された場合は、必要に応じて相談に応じるとともに、歯科診療等の必要な歯科医療提供についても検討する。特に、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「高い」場合は、情報提供した介護事業所及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に利用者の状況を確認し、歯科診療の必要性等について検討する。歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「低い」場合は、基本情報も含めて確認し、不明点等がある場合や、追加で必要な情報がある場合は、情報提供した介護事業所及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に問い合わせる等の必要な対応を実施する。

(別紙様式６)

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

年　月　日

情報提供先（ 歯科医療機関・居宅介護支援事業所 ）

名称　　介護事業所の名称

担当　殿　　所在地

電話番号

FAX番号

管理者氏名

記入者氏名

利用者氏名	（ふりがな） 年　月　日生		男・女	〒　－ 連絡先　（　）
基本情報	要介護度	□ 要支援（□ 1　□ 2）　□ 要介護（□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5）		
	基礎疾患	□ 脳血管疾患　□ 骨折　□ 誤嚥性肺炎　□ うっ血性心不全　□ 尿路感染症　□ 糖尿病 □ 高血圧症　□ 骨粗しょう症　□ 関節リウマチ　□ がん　□ うつ病　□ 認知症　□ 褥瘡 （※上記以外の）□ 神経疾患　□ 運動器疾患　□ 呼吸器疾患　□ 循環器疾患　□ 消化器疾患　□ 腎疾患 □ 内分泌疾患　□ 皮膚疾患　□ 精神疾患　□ その他		
	誤嚥性肺炎の発症・既往	□ あり（直近の発症年月：　年　月）　□ なし		
	麻痺	□ あり（部位：□ 手　□顔　□その他）　□ なし		
	摂食方法	□ 経口のみ　□ 一部経口　□ 経管栄養　□ 静脈栄養		
	現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医　□ あり　□ なし 直近1年間の歯科受診　□ あり（最終受診年月：　年　月）　□ なし		
	義歯の使用	□ あり（□ 部分・□ 全部）□ なし		
	口腔清掃の自立度	□ 自立　□ 部分介助（介助方法：　）　□ 全介助		
	現在の処方	□ あり（薬剤名：　）□ なし		

【口腔の健康状態の評価】

項目番号	項目	評価	評価基準
1	開口	□できる　□できない	・上下の前歯の間に指2本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量３ｃｍ以下）には「できない」とする。
2	歯の汚れ	□ なし　□ あり	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。
3	舌の汚れ	□ なし　□ あり	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。
4	歯肉の腫れ、出血	□ なし　□ あり	・歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。
5	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	□できる　□できない	・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。
6	むせ	□ なし　□ あり	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。
7	ぶくぶくうがい※1	□できる　□できない	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」とする。
8	食物のため込み、残留※2	□ なし　□ あり	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。
その他	（自由記載）		・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。

※1　現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。（誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

※2　食事の観察が可能な場合は確認する。（改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

歯科医師等※による口腔内等の確認の必要性	□ 低い　□ 高い	・項目1－8について「あり」または「できない」が１つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。 ・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。

※　歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

歯科医療機関への連絡事項	（自由記載）
介護支援専門員への連絡事項	（自由記載）

項目	評価基準	評価をする上での注意	評価をするための意義	
開口	・上下の前歯の間に指2本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量３ｃｍ以下）には「できない」につける。	上下の前歯の間で２横指以上開口できない場合や開口を10秒以上保持できない場合、開口指示が通らない場合は開口「できない」とする	・開口できなければ、口腔の健康状態の確認は行えないことから、歯科医療機関との連携は必須 ・開口保持ができない場合は、口腔清掃不良となる可能性が高い。また、舌骨上筋群の筋力低下から嚥下障害も疑われる。	
歯の汚れ	・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」につける。	歯の汚れは、口腔内の状態により様々な様相を呈する。乾燥している場合と湿潤している場合は汚れの性状は異なる。歯と歯の隙間や歯と歯肉の境界、歯の裏側、根だけ残った歯の周囲など視野が取りづらく、光が入りにくい部位に多く付着することから、視野を確保し、様々な角度から確認する必要がある。	・歯が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。虫歯や歯周病の原因となるだけでなく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。	
舌の汚れ	・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」につける。	舌表面に舌苔がついてる、表面が滑沢、反対に深い溝がある、赤くなっていたり、痛みがある場合は「あり」につける。	・舌が汚れている状態は、汚れに含まれる細菌等も含めて付着している状態である。歯の汚れと同じく、汚れを飲み込み肺に到達すると誤嚥性肺炎の原因にもなる。 ・むし歯の存在や義歯の不適合が原因で汚れている可能性や、口唇・舌・頬などの動きが低下し、自浄作用が低下している可能性も考慮する。 ・口腔カンジダ症や貧血など免疫低下や低栄養といった全身の問題も疑	
歯肉の腫れ、出血	・歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」につける。	歯の動揺がある場合は歯周炎が進行している可能性があり、歯肉の腫れは出血がなくても「あり」につける	・歯肉の腫れ、出血は歯周病の可能性があり、歯周病は放置すると歯を失う可能性がある。 ・歯周病の悪化は糖尿病等の全身疾患との関連も報告されている。	
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	・奥歯がない部分がなくても、本人にしっかりかみしめられないとの訴えがある場合、義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」につける。	奥歯が見にくい時には両手で口唇を圧排して、明視野を確保する。歯があっても移動や傾斜して上下の歯が噛みあっていない場合は「できない」とする。	・奥歯が無い場合に、食物をかみ砕く能力が低下し、食事形態等に関連があるだけでなく、窒息事故との関連も報告されている。 ・転倒リスクとの関連性も報告されており、義歯の利用等も含めて検討が必要である。	
むせ	・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」につける。	誤嚥を繰り返すと、誤嚥しても「むせ」なくなくなる（不顕性誤嚥）が生じている可能性があり、「むせ」がなくても、呼吸苦や微熱が続くなど、誤嚥性肺炎が疑われれば、「あり」につける	・摂食嚥下障害の可能性があり、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。 ・唾液や食物などを誤嚥している可能性があり、摂食嚥下機能の精査や訓練等が必要な場合もある。 ・不顕性誤嚥がある者は「むせ」がある者よりも誤嚥性肺炎の可能性が高い状態といえ、医療機関との連携が必須である。	
ブクブクうがい※１	・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」につける。	うがい水をすぐ吐き出す、こぼす、ただ含むだけ、は「できない」とする	・ブクブクうがいの可否は口の周りの筋肉等の動きと関連しており、食事形態等に関連があるだけでなく、入院等との関連も報告されている。 ・口腔機能の低下とともに、口腔衛生管理が困難となる要因の一つである。	
食物のため込み、残留※２	・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」につける。	口の中だけでなく、咽頭に食物が残留している場合もある。食事中「むせ」が多く、何度も繰り返し飲み込む動作がみられるようであれば「あり」につける。	・摂食嚥下障害の可能性がある。 ・口腔機能と食事形態があっていない可能性がある。 ・食事形態の検討や、摂食嚥下機能の精査、訓練等が必要な状態であ	
特記事項 （歯科医師等への連携の必要性等）	・歯が痛む、揺れている、欠けている、孔があいている、とがっている。歯肉や舌など口の粘膜に痛み、傷、口内炎、乾燥がある。口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。 ・項目1－8について「あり」または「できない」が１つでもある場合は、連携の必要性「あり」とする。ただし、項目6－8のいずれかのみが該当する場合は、主治医等の対応状況や他職種との連携状況も含めて判断する。 ・その他の項目等も参考に連携が必要と考えられる場合は、連携の必要性「あり」とする。	口唇、舌、口腔内の粘膜については、汚れている、乾燥している、傷ついている（口内炎含む）、出血している、舌の表面がツルツルになっているなど。 義歯については汚れている、カビている、痛みがある、割れている、ヒビが入っている、落ちてくる、安定しない、脱着が困難など	・歯の問題については歯周病、むし歯の可能性がある。歯の脱落による誤嚥や誤飲、歯の鋭縁で口の粘膜を傷つける可能性がある。 ・口唇、舌、口腔内の粘膜の異常は口腔衛生状態の不良だけでなく、唾液の分泌を含む、口腔機能の低下に伴う摂食嚥下障害の可能性がある。また脱水や貧血、口腔カンジダ症などの可能性もある ・義歯の問題は摂食嚥下機能への悪影響、口腔カンジダ症や粘膜炎、口腔粘膜の損傷、義歯の誤飲などのリスクを高める。 ・薬の口腔内の残遺については、薬効が落ちるだけでなく、口の粘膜を障害する可能性がある。	歯科医師等との連携の必要性の文言は告示、通知を踏まえて要検討

※１　現在、歯磨き後のうがいをしている方に限り確認する。（誤嚥のリスクもあるため、改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

※２　食事の観察が可能な場合は確認する。（改めて実施頂く事項ではないため空欄可）

別紙様式２－２－１

リハビリテーション計画書

□入院 □外来 ／ □訪問 □通所 ／ □入所

評価日：　西暦　　年　　月　　日

氏名：　　様　　性別：男・女　　生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）　□要支援 □要介護

リハビリテーション担当医　　担当　　（□PT □OT □ST □看護職員 □その他従事者（　　））

■本人・家族等の希望（本人のしたい又はできるようになりたい生活の希望、家族が支援できること等）

■健康状態、経過

原因疾病：　　発症日・受傷日：　　年　　月　　日　　直近の入院日：　　年　　月　　日　　直近の退院日：　　年　　月　　日

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：

合併症：

□ 脳血管疾患 □ 骨折 □ 誤嚥性肺炎 □ うっ血性心不全 □ 尿路感染症 □ 糖尿病 □ 高血圧症 □ 骨粗しょう症 □ 関節リウマチ □ がん □ うつ病 □ 認知症 □ 褥瘡

※上記以外の疾患⇒ □ 神経疾患 □ 運動器疾患 □ 呼吸器疾患 □ 循環器疾患 □ 消化器疾患 □ 腎疾患 □ 内分泌疾患 □ 皮膚疾患 □ 精神疾患 □ その他（　　）

コントロール状態：

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）：

目標設定等支援・管理シート：□あり □なし　障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2　認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立、Ⅰ、Ⅱａ、Ⅱｂ、Ⅲａ、Ⅲｂ、Ⅳ、Ｍ

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害（　　）	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害（BPSD）	あり	あり	
□ 6分間歩行試験 □TUG Test			
服薬管理	自立		
□MMSE □HDS-R			
コミュニケーションの状況			

■活動（基本動作）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位の保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位の保持	自立	自立	

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	10（自立）	10（自立）	
イスとベッド間の移乗	15（自立）	15（自立）	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10（自立）	10（自立）	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15（自立）	15（自立）	
階段昇降	10（自立）	10（自立）	
更衣	10（自立）	10（自立）	
排便コントロール	10（自立）	10（自立）	
排尿コントロール	10（自立）	10（自立）	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーションの方針（今後３ヶ月間）

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期：　　ヶ月後　）

利用者・ご家族への説明：　　西暦＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

特記事項：

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■活動(IADL)

アセスメント項目	開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意				0：していない　1：まれにしている 2：週に１～２回　3：週に３回以上
食事の片付け				
洗濯				0：していない 1：まれにしている 2：週に１回未満 3：週に１回以上
掃除や整頓				
力仕事				
買物				
外出				
屋外歩行				
趣味				
交通手段の利用				
旅行				
庭仕事				0：していない　1：時々 2　定期的にしている　3：植替等もしている
家や車の手入れ				0：していない 1：電球の取替、ねじ止め等 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：２に加え、家の修理、車の整備
読書				0：読んでいない　1：まれに 2：月１回程　3：月２回以上
仕事				0：していない　1：週１～９時間 2　週10～29時間　3　週30時間以上
合計点数				

■環境因子（現状について記載する）

家族	□独居　□同居（　　）
住環境	□一戸建　□集合住宅：居住階（　　階）　□階段　□エレベーター □玄関前の段差　□手すり（設置場所：　　） 食事　：□座卓　□テーブル・いす　□その他 排せつ：□洋式トイレ　□和式トイレ　□ポータブルトイレ 睡眠　：□ベッド　□介護用ベッド　□布団　□その他 その他（　　）
自宅周辺	
外出手段	
他サービスの利用	
福祉用具の利用	□杖　□装具　□歩行器　□車椅子 □手すり　□介護用ベッド　□ポータブルトイレ　□シャワーチェア

■社会参加の状況（家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等）

■活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析

①　活動と参加において、重要度の高い課題（これまでの現状から抽出）

①の課題に影響を及ぼす機能障害（改善の可能性が高いものにチェック）

□	
□	
□	
□	

①の課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子（調整を行うものにチェック）

□	
□	
□	
□	

■要因分析を踏まえた具体的なサービス内容

訪問・通所頻度（　　）、利用時間（　　）

No.	解決すべき課題	期間	具体的支援内容	頻度	時間
		/月		週　回	分/回
				週　回	分/回
				週　回	分/回
			※　日常生活で本人、家族が実施すべきこと		
				週　回	分/回
				週　回	分/回
				週　回	分/回
			※　日常生活で本人、家族が実施すべきこと		
				週　回	分/回
				週　回	分/回
				週　回	分/回
			※　日常生活で本人、家族が実施すべきこと		
				週　回	分/回
				週　回	分/回
				週　回	分/回
			※　日常生活で本人、家族が実施すべきこと		

□他事業所の担当者と共有すべき事項	□介護支援専門員と共有すべき事項	□その他、共有すべき事項（　　）

※下記の☑の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】　□介護支援専門員　□医師　□その他に利用している介護サービス（　　）　□（　　）

■　リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加（継続時に記載）

■　診療未実施減算　※（介護予防）訪問リハビリテーションに限る

診療未実施減算の適用　□あり　□なし　　（⇒ありの場合）情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修　□修了済　□受講途中　□未受講

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回）	参考資料１
令和６年1月22日	

令和６年度介護報酬改定における改定事項について

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全サービス共通

改定事項

① ３(２)⑦人員配置基準における両立支援への配慮★
② ３(３)①管理者の責務及び兼務範囲の明確化等★
③ ３(３)②いわゆるローカルルールについて★
④ ５①「書面掲示」規制の見直し★

１．（３）訪問看護

改定事項

○　訪問看護　基本報酬
①　１（３）①専門性の高い看護師による訪問看護の評価★
②　１（３）⑦円滑な在宅移行に向けた看護師による退院当日訪問の推進★
③　１（４）③訪問看護等におけるターミナルケア加算の見直し
④　１（４）④情報通信機器を用いた死亡診断の補助に関する評価
⑤　１（５）④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入★
⑥　１（６）①高齢者虐待防止の推進★
⑦　１（６）②身体的拘束等の適正化の推進★
⑧　２（１）⑮訪問系サービス及び短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化★
⑨　３（２）①テレワークの取扱い★
⑩　３（３）③訪問看護等における24時間対応体制の充実★
⑪　３（３）④訪問看護等における24時間対応のニーズに対する即応体制の確保★
⑫　３（３）⑤退院時共同指導の指導内容の提供方法の柔軟化★
⑬　４（１）②理学療法士等による訪問看護の評価の見直し★
⑭　５②特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化★
⑮　５③特別地域加算の対象地域の見直し★

191

１．（４）訪問リハビリテーション①

改定事項

○　訪問リハビリテーション　基本報酬
①　１（３）⑧医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化★
②　１（３）⑨退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進★
③　１（５）④業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入★
④　１（６）①高齢者虐待防止の推進★
⑤　１（６）②身体的拘束等の適正化の推進★
⑥　１（７）②訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進
⑦　２（１）①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進
⑧　２（１）⑥訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直し★
⑨　２（１）⑦要介護・要支援のリハビリテーションの評価の差別化★
⑩　２（１）⑧介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価（予防のみ）
⑪　２（１）⑨退院直後の診療未実施減算の免除★
⑫　２（１）⑩診療未実施減算の経過措置の延長等★

192

１．（４）訪問リハビリテーション②

改定事項

⑬　２（１）⑫ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化★
⑭　２（１）⑮訪問系サービス及び短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化
⑮　３（２）①テレワークの取扱い★
⑯　５②特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化★
⑰　５③特別地域加算の対象地域の見直し★

193

１．（５）居宅療養管理指導

改定事項

○　居宅療養管理指導　基本報酬
①　１（３）②患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進★
②　１（６）②身体的拘束等の適正化の推進★
③　２（１）⑭居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実★
④　２（１）⑯居宅療養管理指導におけるがん末期の者に対する歯科衛生士等の介入の充実★
⑤　２（１）⑳管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数の見直し★
⑥　３（３）⑥薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し★
⑦　５②特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化★
⑧　５③特別地域加算の対象地域の見直し★
⑨　５④居宅療養管理指導における高齢者虐待防止措置及び業務継続計画の策定等に係る経過措置期間の延長★

194

1．（3）①　専門性の高い看護師による訪問看護の評価

概要

【訪問看護★、看護小規模多機能型居宅介護】

○　医療ニーズの高い訪問看護利用者が増える中で、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が指定訪問看護、指定介護予防訪問看護及び指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行うことを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
専門管理加算　250単位/月（新設）

算定要件等

○　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所の緩和ケア、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特定行為研修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には、所定単位数に加算する。（新設）

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又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
・ 人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者

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
・ 診療報酬における手順書加算を算定する利用者
※対象の特定行為：気管カニューレの交換、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、膀胱ろうカテーテルの交換、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、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、　脱水症状に対する輸液による補正

15

1．（3）②　患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

概要

【居宅療養管理指導★】

○　薬剤師が行う居宅療養管理指導について、在宅患者に対して適切な薬物療法を提供する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】
ア　在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行うことを評価する新たな加算を設ける。
イ　在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行うことを評価する新たな加算を設ける。
ウ　心不全や呼吸不全で麻薬注射剤を使用する患者は頻回な訪問が必要となることから、末期の悪性腫瘍の者及び中心静脈栄養を受けている者と同様に、週に２回かつ１月に８回を限度として算定することを可能とする。

単位数

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
医療用麻薬持続注射療法加算　250単位/回（新設）
在宅中心静脈栄養法加算　150単位/回（新設）

算定要件等

＜医療用麻薬持続注射療法加算＞（新設）
○　在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている利用者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について当該利用者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に、１回につき250単位を所定単位数に加算する。
※ 疼痛緩和のために厚生労働大臣が定める特別な薬剤の投薬が行われている利用者に対して、必要な薬学的管理指導を行っている場合に算定する加算（100単位）との併算定は不可。
○　麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
○　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第39条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

＜在宅中心静脈栄養法加算＞（新設）
○　在宅中心静脈栄養法を行っている利用者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に、１回につき150単位を所定単位数に加算する。
○　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第39条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第39条の３第１項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

＜終末期におけるがん以外の在宅患者への薬学管理＞（変更）
○　在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、薬局の薬剤師が、医師又は歯科医師の指示に基づき、当該薬剤師が策定した薬学的管理指導計画に基づき、当該利用者を訪問し、薬学的な管理指導を行い、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、１月に４回を限度として、所定単位数を算定する。ただし、薬局の薬剤師にあっては、以下の者に対して、当該利用者を訪問し、薬学的な管理指導等を行った場合は、１週に２回、かつ、１月に８回を限度として、所定単位数を算定する。
イ　末期の悪性腫瘍の者
ロ　中心静脈栄養を受けている者
ハ　注射による麻薬の投与を受けている者

16

1.（3）⑦　円滑な在宅移行に向けた看護師による退院当日訪問の推進

概要

【訪問看護★】

○　要介護者等のより円滑な在宅移行を訪問看護サービスとして推進する観点から、看護師が退院・退所当日に初回訪問することを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

＜現行＞初回加算　300単位/月

▶

＜改定後＞
初回加算（Ⅰ）　350単位/月（新設）
初回加算（Ⅱ）　300単位/月

算定要件等

○　**初回加算（Ⅰ）**（新設）
　新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院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に所定単位数を加算する。ただし、初回加算（Ⅱ）を算定している場合は、算定しない。

○　初回加算（Ⅱ）
　新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日の翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合に所定単位数を加算する。ただし、初回加算（Ⅰ）を算定している場合は、算定しない。

21

1.（3）⑧　医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

○　退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。【省令改正】

基準

＜運営基準（省令）＞
○　サービス毎に、以下を規定（通所リハビリテーションの例）
　医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

リハビリテーション実施計画書等の提供

【リハビリテーション実施計画書等】
入院中に実施していたリハビリテーションに関わる情報、
利用者の健康状態、心身機能・構造、活動・参加、
目標、実施内容、リハビリテーション実施に際しての注意点等

リハビリテーション実施計画書等の入手・内容の把握

22

1.（3）⑨　退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進

概要　【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

○　退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
退院時共同指導加算　600単位/回（新設）

算定要件等

（訪問リハビリテーションの場合）
○　病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導※を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき１回に限り、所定単位数を加算する。（新設）

※　利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。

23

1.（4）③　訪問看護等におけるターミナルケア加算の見直し

概要　【訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護】

○ターミナルケア加算について、介護保険の訪問看護等におけるターミナルケアの内容が医療保険におけるターミナルケアと同様であることを踏まえ、評価の見直しを行う。【告示改正】

単位数

＜現行＞
ターミナルケア加算 2,000単位/死亡月

▶

＜改定後＞
ターミナルケア加算 **2,500**単位/死亡月（変更）

算定要件等

○　変更なし

1.（4）④　情報通信機器を用いた死亡診断の補助に関する評価

概要　【訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護】

○離島等に居住する利用者の死亡診断について、診療報酬における対応との整合性を図る観点から、ターミナルケ　ア加算を算定し、看護師が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の評価を新たに設ける。【告示改正】

単位数

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
遠隔死亡診断補助加算　150単位/回（新設）

算定要件等

○　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の区分番号Ｃ001ー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、その主治医の指示に基づき、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は、遠隔死亡診断補助加算として、所定単位数に加算する。（新設）

【参考】Ｃ001　在宅患者訪問診療料（I）
注８　死亡診断加算　200点

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29　年９月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。
ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。
イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。
ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「Ｃ005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「Ｃ005－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

40

1.（5）④　業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

概要　【全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）】

○　感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬を減算する。【告示改正】

単位数

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
業務継続計画未実施減算
施設・居住系サービス　所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算（新設）
その他のサービス　所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

※　平成18年度に施設・居住系サービスに身体拘束廃止未実施減算を導入した際は、５単位/日減算であったが、各サービス毎に基本サービス費や算定方式が異なることを踏まえ、定率で設定。なお、その他サービスは、所定単位数から平均して７単位程度/（日・回）の減算となる。

算定要件等

○　以下の基準に適合していない場合（新設）
・　感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること
・　当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること
※　令和７年３月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、 居宅介護支援については、令和７年３月31日までの間、減算を適用しない。

○　１年間の経過措置期間中に全ての事業所で計画が策定されるよう、事業所間の連携により計画策定を行って差し　支えない旨を周知することも含め、小規模事業所の計画策定支援に引き続き取り組むほか、介護サービス情報公表システムに登録すべき事項に業務継続計画に関する取組状況を追加する等、事業所への働きかけを強化する。また、県別の計画策定状況を公表し、指定権者による取組を促すとともに、業務継続計画を策定済みの施設・事業所についても、地域の特性に合わせた実効的な内容となるよう、指定権者による継続的な指導を求める。

1.（6）① 高齢者虐待防止の推進①

概要

【全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）】

○ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、全ての介護サービス事業者（居宅療養管理指導及び特定福祉用具販売を除く。）について、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。その際、福祉用具貸与については、そのサービス提供の態様が他サービスと異なること等を踏まえ、３年間の経過措置期間を設けることとする。【告示改正】

○ 施設におけるストレス対策を含む高齢者虐待防止に向けた取組例を収集し、周知を図るほか、国の補助により都道府県が実施している事業において、ハラスメント等のストレス対策に関する研修を実施できることや、同事業による相談窓口について、高齢者本人とその家族だけでなく介護職員等も利用できることを明確化するなど、高齢者虐待防止に向けた施策の充実を図る。

単位数

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
高齢者虐待防止措置未実施減算　所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

※　平成18年度に施設・居住系サービスに身体拘束廃止未実施減算を導入した際は、５単位/日減算であったが、各サービス毎に基本サービス費や算定方式が異なることを踏まえ、定率で設定。なお、所定単位数から平均して７単位程度/（日・回）の減算となる。

算定要件等

○ 虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合（新設）
- 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）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。
- 虐待の防止のための指針を整備すること。
- 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。
- 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

49

1.（6）① 高齢者虐待防止の推進②

算定要件等

○ 全ての施設・事業所で虐待防止措置が適切に行われるよう、令和６年度中に小規模事業所等における取組事例を周知するほか、介護サービス情報公表システムに登録すべき事項に虐待防止に関する取組状況を追加する。また、指定権者に対して、集団指導等の機会等にて虐待防止措置の実施状況を把握し、未実施又は集団指導等に不参加の事業者に対する集中的な指導を行うなど、高齢者虐待防止に向けた取組の強化を求めるとともに、都道府県別の体制整備の状況を周知し、更なる取組を促す。

1．（6）②　身体的拘束等の適正化の推進①

概要　【ア：短期入所系サービス★、多機能系サービス★、イ：訪問系サービス★、通所系サービス★、福祉用具貸与★、特定福祉用具販売★、居宅介護支援★】

○　身体的拘束等の更なる適正化を図る観点から、以下の見直しを行う。

ア　短期入所系サービス及び多機能系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための措置（委員会の開催等、指針の整備、研修の定期的な実施）を義務付ける。【省令改正】また、身体的拘束等の適正化のための措置が講 じられていない場合は、基本報酬を減算する。その際、１年間の経過措置期間を設けることとする。【告示改正】

イ　訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び居宅介護支援について、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こととし、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することを義務付ける。【省令改正】

基準

○　短期入所系サービス及び多機能系サービスの運営基準に以下の措置を講じなければならない旨を規定する。
- 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
- 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

○　訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び居宅介護支援の運営基準に以下を規定する。
- 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こと。
- 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こと。

51

1．（7）②　訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進

概要　【訪問リハビリテーション】

○　認知症のリハビリテーションを推進していく観点から、認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテー ションの実施を評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日（新設）

算定要件等

○　次の要件を満たす場合、１週に２日を限度として加算。（新設）
- 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院（所）日又は訪問開始日から３月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと。

2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進①

概要

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

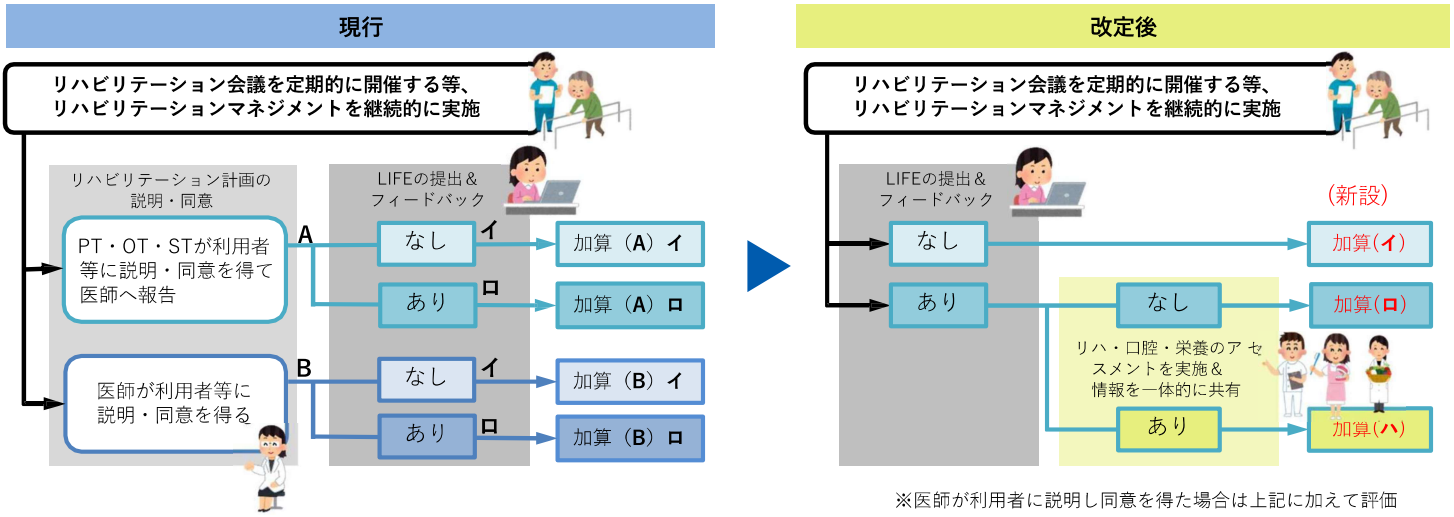
○　リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、以下の要件を満たす場合を評価する新たな区分を設ける。

ア　口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。

イ　リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。

ウ　共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

また、報酬体系の簡素化の観点から、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算（B）の要件について新規区分とし、加算区分を整理する。【告示改正】



※医師が利用者に説明し同意を得た場合は上記に加えて評価

2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進②

単位数

○　**訪問リハビリテーション**

＜現行＞

リハビリテーションマネジメント加算(A)イ　180単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ　213単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ　450単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ　483単位/月

＜改定後＞

リハビリテーションマネジメント加算(**イ**)　180単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(**ロ**)　213単位/月
廃止（以下の条件に統合）
廃止（以下の条件に統合）

※医師が利用者又はその家族に説明した場合上記に加えて270単位
（新設・Bの要件の組み替え）

算定要件等

○　**訪問リハビリテーション**

＜リハビリテーションマネジメント加算(**イ**)＞
・現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ と同要件を設定。

＜リハビリテーションマネジメント加算(**ロ**)＞
・現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ と同要件を設定。

＜リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合＞（新設）
・現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定し、別の加算として設定。

2.（1）⑥　訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直し

概要　【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

○　訪問リハビリテーション事業所を更に拡充する観点から、介護老人保健施設及び介護医療院の開設許可があったときは、訪問リハビリテーション事業所の指定があったものとみなす。また、介護保険法第 72 条第 1 項による通所リハビリテーション事業所及び訪問リハビリテーション事業所に係るみなし指定を受けている介護老人保健施設及び介護医療院については、当該事業所の医師の配置基準について、当該施設の医師の配置基準を満たすことを もって基準を満たしているものとみなすこととする。【省令改正】

基準

○　訪問リハビリテーション事業所、介護予防訪問リハビリテーション事業所のみなし指定が可能な施設

＜現行＞
病院、診療所

▶

＜改定後＞
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院

○　人員配置基準について、以下の規定を設ける
（訪問リハビリテーションの場合）
指定訪問リハビリテーション事業所が、みなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該施設の医師の配置基準を満たすことをもって、訪問リハビリテーション事業所の医師の配置基準を満たしているものとみなすことができる。

71

2.（1）⑦　要介護・要支援のリハビリテーションの評価の差別化

概要　【訪問リハビリテーション★】

○　要介護者及び要支援者に対する訪問リハビリテーションについて、利用者の状態像に応じた、より適切な評価を行う観点から、訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの基本報酬に一定の差を設ける。
【告示改正】

単位数

＜現行＞
訪問リハビリテーション　307単位/回
介護予防訪問リハビリテーション　307単位/回

▶

＜改定後＞
訪問リハビリテーション　308単位/回（変更）
介護予防訪問リハビリテーション　298単位/回（変更）

算定要件等

○　変更なし

72

2.（1）⑧介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価

概要

【介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション】

○　介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質を評価し、適切なサービス提供とする観点から、以下の見直しを行う。
ア　利用開始から 12 月が経過した後の減算について、拡大を行う。ただし、定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテー ション計画の見直しを行い、LIFE へリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを受けて PDCA サイクルを推進する場合は減算を行わないこととする。
イ　要介護認定制度の見直しに伴い、より適切なアウトカム評価に資するようLIFE へリハビリテーションのデータ提出を推進するとともに、事業所評価加算の廃止を行う。【告示改正】

単位数

○　利用開始日の属する月から12月超

＜現行＞
介護予防訪問リハビリテーション
5 単位/回減算

＜改定後＞
要件を満たした場合　減算なし（新設）
要件を満たさない場合　30単位/回減算（変更）

介護予防通所リハビリテーション
要支援１　20単位/月減算
要支援２　40単位/月減算

＜改定後＞
要件を満たした場合　減算なし（新設）
要件を満たさない場合　要支援１　120単位/月減算（変更）
要支援２　240単位/月減算（変更）

○　事業所評価加算
＜現行＞
介護予防訪問リハビリテーション　120単位/月
介護予防通所リハビリテーション　120単位/月

＜改定後＞
（廃止）
（廃止）

算定要件等

○　利用開始日の属する月から12月を超えて介護予防通所（訪問）リハビリテーションを行う場合の減算を行わない基準（新設）

・　３月に１回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。
・　利用者ごとのリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

73

2.（1）⑨　退院直後の診療未実施減算の免除

概要

【訪問リハビリテーション★】

○　入院中にリハビリテーションを受けていた利用者が、退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始する観点から、退院後１月に限り、入院中の医療機関の医師の情報提供のもと、訪問リハビリテーションを実施した場合の減算について見直す。【告示改正】

単位数

＜現行＞
診療未実施減算　50単位減算

＜改定後＞
変更なし
※入院中リハビリテーションを受けていた利用者の
退院後１ヶ月に限り減算を適用しない

算定要件等

○　以下のいずれにも該当する場合、訪問リハビリテーションの診療未実施減算を適用しない。

・　医療機関に入院し、当該医療機関の医師が診療を行い、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者であること。
・　訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報の提供を受けていること。
・　当該利用者の退院日から起算して１月以内の訪問リハビリテーションの提供であること。

74

2.（1）⑩　診療未実施減算の経過措置の延長等

概要　【訪問リハビリテーション★】

○　訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成に当たって事業所医師が診療せず、「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療した場合の減算（診療未実施減算）について、以下の見直しを行う。

ア　事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和６年３月 31 日までとされている適用猶予措置期間を３年間延長する。

イ　適用猶予措置期間中においても、事業所外の医師が「適切な研修の修了等」の要件を満たすことについて、事業所が確認を行うことを義務付ける。【告示改正、通知改正】

単位数

＜現行＞
診療未実施減算　50単位減算

▶

＜改定後＞
変更なし

算定要件等

○　事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、以下を要件とし、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。

（１）指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。

（２）当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。

（３）当該情報の提供を受けた指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。

○　上記の規定に関わらず、令和９年３月31日までの間に、次に掲げる基準のいずれにも適合する場合には、同期間に限り、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。

・上記（１）及び（３）に適合すること。
・（２）に規定する研修の修了等の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載していること。

75

2.（1）⑫　ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化

概要　【居宅介護支援、介護予防支援、（訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★）】

○　退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始することを可能とする観点から、介護支援専門員が居宅サービス計画に通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを位置付ける際に意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院中の医療機関の医師を含むことを明確化する。【通知改正】

算定要件等

○　居宅介護支援等の具体的取扱方針に以下の規定を追加する（居宅介護支援の例）※赤字が追記部分

＜指定居宅介護支援の具体的取扱方針＞
訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。
このため,利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については,意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。
また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。（後略）

78

2.（1）⑭　居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実

概要

【居宅療養管理指導★】

○居宅療養管理指導費について、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士等に よる歯科衛生指導を充実させる観点から 、算定対象を通院又は通所が困難な者から通院困難な者に見直す。
【告示改正】

算定要件等

＜現行＞

二　管理栄養士が行う場合
注１　在宅の利用者であって通院又は通所が困難なものに対して、（中略）１月に２回を限度として、所定単位数を算定する。

ホ　歯科衛生士等が行う場合
注１　在宅の利用者であって通院又は通所が困難なものに対して、（中略）１月に４回を限度として、所定単位数を算定する。

＜改定後＞

二　管理栄養士が行う場合
注１　在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、（中略）１月に２回を限度として、所定単位数を算定する。

ホ　歯科衛生士等が行う場合
注１　在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、（中略）１月に４回を限度として、所定単位数を算定する。

＜現行＞　○：算定可　×：算定不可

利用者の状況	通所可	通所不可
通院可	×	×
通院不可	×	○

＜改定後＞　○：算定可　×：算定不可

利用者の状況	通所可	通所不可
通院可	×	×
通院不可	○	○

2.（1）⑮　訪問系サービス及び短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化

概要

【訪問介護、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、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】

○　訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護において、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける。
【告示改正】

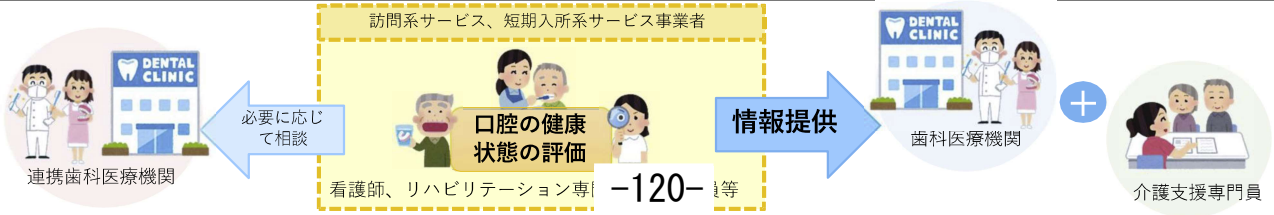
単位数

＜現行＞
なし

＜改定後＞
口腔連携強化加算　50単位/回（新設）
※１月に１回に限り算定可能

算定要件等

○　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、当該評価の結果を情報提供した場合に、１月に１回に限り所定単位数を加算する。（新設）
○　事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号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が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。



2.（1）⑯　居宅療養管理指導におけるがん末期の者に対する歯科衛生士等の介入の充実

概要　【居宅療養管理指導★】

○　居宅療養管理指導について、全身状態の悪化とともに口腔衛生管理の頻度が増加する終末期がん患者の歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、終末期がん患者の利用者について居宅療養管理指導（歯科衛生士等が行う場合）の算定回数上限を緩和する。【告示改正】

算定要件等

○利用者に対して訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、実地指導を行った場合に、単一建物居住者（当該利用者が居住する建物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の歯科衛生士等が、同一月に指定居宅療養管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、１月に４回（がん末期の利用者については、１月に６回）を限度として、所定単位数を算定する。

82

2.（1）⑳　管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数の見直し

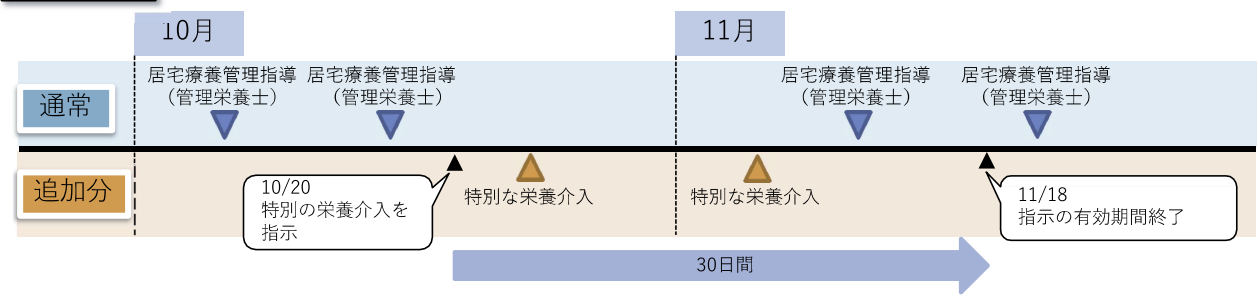
概要　【居宅療養管理指導★】

○終末期等における、きめ細かな栄養管理等のニーズに応じる観点から、一時的に頻回な介入が必要と医師が判断した利用者について期間を設定したうえで追加訪問することを可能とする見直しを行う。【告示改正】

算定要件等

○算定要件（追加内容）
- 計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行う。
- 利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行う。
- 特別の指示に基づく管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数（１月に２回）を超えて、２回を限度として行うことができる。

算定の例



85

3.（2）①　テレワークの取扱い

概要　【全サービス（居宅療養管理指導★を除く。）】

○　人員配置基準等で具体的な必要数を定めて配置を求めている職種のテレワークに関して、個人情報を適切に管理していること、利用者の処遇に支障が生じないこと等を前提に、取扱いの明確化を行い、職種や業務ごとに具体的な考え方を示す。【通知改正】

3.（2）⑦　人員配置基準における両立支援への配慮

概要　【全サービス】

○　介護現場において、治療と仕事の両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定について、以下の見直しを行う。

ア　「常勤」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法等による育児・介護等の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合にも、週 30 時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。

イ　「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も１（常勤）と扱うことを認める。

【通知改正】

基準・算定要件等

○　運営基準の解釈通知及び報酬算定上の留意事項通知について、「常勤」及び「常勤換算方法」に係る取扱いを以下のように改正する。

	母性健康管理措置による短時間勤務	育児・介護休業法による短時間勤務制度	「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける短時間勤務制度
「常勤」（※）の取扱い：週30時間以上の勤務で常勤扱い	○	○	○（新設）
「常勤換算」（※）の取扱い：週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も１（常勤）と扱うことを認める	○	○	○（新設）

※人員配置基準上の「常勤」及び「常勤換算方法」の計算においては、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）勤務している者を「常勤」として取り扱うこととしている。

3.（3）①　管理者の責務及び兼務範囲の明確化

概要　【全サービス】

○　提供する介護サービスの質を担保しつつ、介護サービス事業所を効率的に運営する観点から、管理者の責務について、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、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化した上で、管理者が兼務できる事業所の範囲について、管理者がその責務を果たせる場合には、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えない旨を明確化する。【省令改正】【通知改正】

119

3.（3）②　いわゆるローカルルールについて

概要　【全サービス】

○　都道府県及び市町村に対して、人員配置基準に係るいわゆるローカルルールについて、あくまでも厚生労働省令に従う範囲内で地域の実情に応じた内容とする必要があること、事業者から説明を求められた場合には当該地域における当該ルールの必要性を説明できるようにすること等を求める。【Q&A発出】

120

3.（3）③　訪問看護等における24時間対応体制の充実

概要　【訪問看護★、定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○緊急時訪問看護加算について、訪問看護等における 24 時間対応体制を充実する観点から、夜間対応する看護師等の勤務環境に配慮した場合を評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

＜現行＞

緊急時訪問看護加算

指定訪問看護ステーションの場合	574単位/月
病院又は診療所の場合	315単位/月
一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合	315単位/月

▶

＜改定後＞

緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（新設）

指定訪問看護ステーションの場合	600単位/月
病院又は診療所の場合	325単位/月
一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合	325単位/月

緊急時訪問看護加算（Ⅱ）

指定訪問看護ステーションの場合	574単位/月
病院又は診療所の場合	315単位/月
一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の場合	315単位/月

算定要件等

＜緊急時訪問看護加算（Ⅰ）＞（新設）

○　次に掲げる基準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。

＜緊急時訪問看護加算（Ⅱ）＞

○　緊急時訪問看護加算（Ⅰ）の（1）に該当するものであること。

121

3.（3）④　訪問看護における24時間対応のニーズに対する即応体制の確保

概要　【訪問看護★】

○訪問看護における 24 時間対応について、看護師等に速やかに連絡できる体制等、サービス提供体制が確保されている場合は看護師等以外の職員も利用者又は家族等からの電話連絡を受けられるよう、見直しを行う。

【通知改正】

算定要件等

○　次のいずれにも該当し、24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者について、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師以外の職員（以下「看護師等以外の職員」とする。）でも差し支えない。

ア　看護師等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　当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当する看護師等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　看護師等以外の職員は、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看護師等以外の職員に関して都道府県知事に届け出ること。

3．（3）⑤　退院時共同指導の指導内容の提供方法の柔軟化

概要　【訪問看護★、定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

○　退院時共同指導加算について、指導内容を文書以外の方法で提供することを可能とする。【告示改正】

算定要件等

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

▶

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

123

3．（3）⑥　薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

概要　【居宅療養管理指導★】

○　オンライン服薬指導に係る医薬品医療機器等法のルールの見直しを踏まえ、薬剤師による情報通信機器を用いた居宅療養管理指導について、以下の見直しを行う。【告示改正】
ア 初回から情報通信機器を用いた居宅療養管理指導の算定を可能とする。
イ 訪問診療において交付された処方箋以外の処方箋に係る情報通信機器を用いた居宅療養管理指導についても算定可能とする。
ウ 居宅療養管理指導の上限である月４回まで算定可能とする。

単位数

＜現行＞
情報通信機器を用いた場合　45単位/回（月１回まで）

▶

＜改定後＞
46単位/回（月**4**回まで）（変更）

算定要件等

＜現行＞

○　診療報酬における在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された利用者であること。
○　指定居宅サービス介護給付費単位数表の居宅療養管理指導費のハ(2)を月に１回算定していること。

▶

＜改定後＞

（削除）

（削除）

124

4．（1）①　訪問介護における同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬の見直し①

概要　【訪問介護】

○　訪問介護において、同一建物等居住者へのサービス提供割合が多くなるにつれて、訪問件数は増加し、移動時間や移動距離は短くなっている実態を踏まえ、同一建物減算について、事業所の利用者のうち、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供である場合に、報酬の適正化を行う新たな区分を設け、更に見直しを行う。
【告示改正】

単位数・算定要件等

＜現行＞

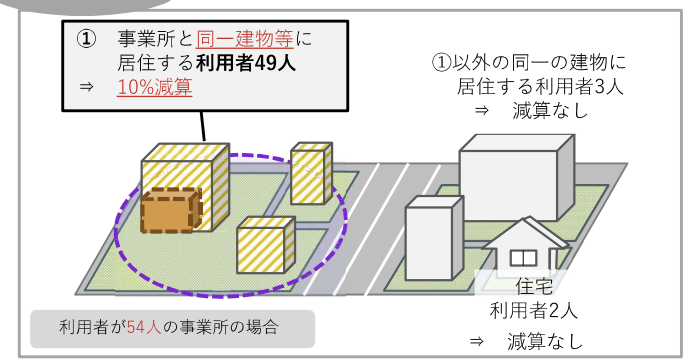
減算の内容	算定要件
①10％減算	事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く）
②15％減算	上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が１月あたり50人以上の場合
③10％減算	上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が１月あたり20人以上の場合）

＜改定後＞

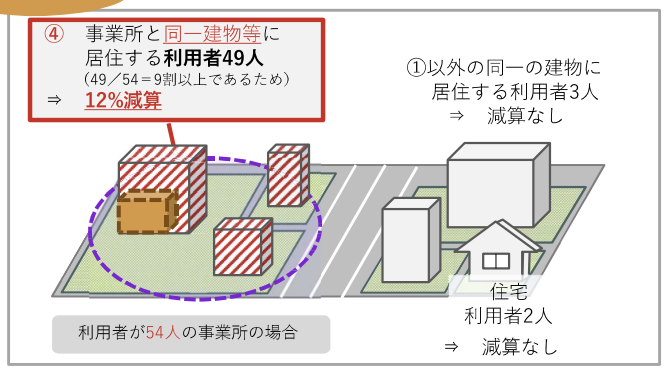
減算の内容	算定要件
①10％減算	事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②及び④に該当する場合を除く）
②15％減算	上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が１月あたり50人以上の場合
③10％減算	上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が１月あたり20人以上の場合）
④12％減算（新設）	正当な理由なく、事業所において、前６月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く）に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合

4．（1）①　訪問介護における同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬の見直し②

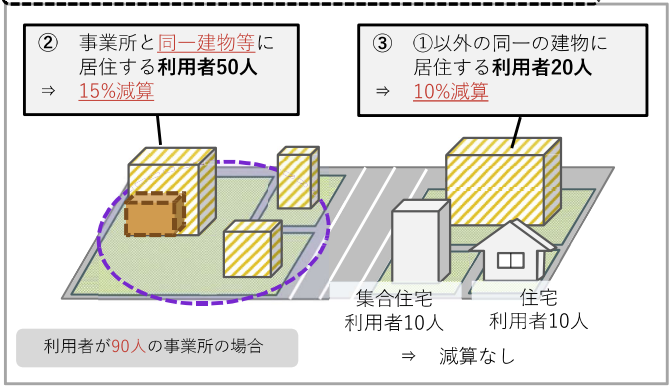
現行(例)



改定後(例)



事業所と同一建物等に居住する利用者が50人以上の場合



減算の内容	算定要件
10%減算	①：事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②及び④に該当する場合を除く。）
15%減算	②：事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者の人数が１月あたり50人以上の場合
10%減算	③：上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が１月あたり20人以上の場合）
12%減算	④：正当な理由なく、事業所において、前６月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く）に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合

脚注：　訪問介護事業所　改定後に減算　現行の減算となるもの　減算とならないもの

4.（1）②　理学療法士等による訪問看護の評価の見直し

概要　【訪問看護★】

○　理学療法士等による訪問看護の提供実態を踏まえ、訪問看護に求められる役割に基づくサービスが提供されるようにする観点から、理学療法士等のサービス提供状況及びサービス提供体制等に係る加算の算定状況に応じ、理学療法士等の訪問における基本報酬及び 12 月を超えた場合の減算について見直しを行う。【告示改正】

単位数

○　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
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、１回につき８単位を所定単位数から減算する。（新設）

○　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合（介護予防）

<現行>
なし

▶

<改定後>
厚生労働大臣が定める施設基準に該当する指定介護予防訪問看護事業所については、１回につき８単位を所定単位数から減算する。（新設）

12月を超えて行う場合は、１回につき５単位を所定単位数から減算する。

▶

12月を超えて行う場合は、**介護予防訪問看護費の減算（※）を算定している場合は、１回につき15単位を所定単位数から更に減算し、介護予防訪問看護費の減算を算定していない場合は、**１回につき５単位を所定単位数から減算する。（変更）

※厚生労働大臣が定める施設基準に該当する場合の８単位減算

算定要件等

○　次に掲げる基準のいずれかに該当すること（新設）

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をいずれも算定していないこと。

137

理学療法士等による訪問看護の評価の見直し（全体イメージ）

○　次の基準のいずれかに該当する場合に以下の通り減算する

①　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

②　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を**いずれも算定していない**こと

訪問看護費

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問		②緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算	
		算定している	算定していない
①訪問回数	看護職員≧リハ職	―	**８単位減算**（新設）
	看護職員＜リハ職	**８単位減算**（新設）	**８単位減算**（新設）

介護予防訪問看護費

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問		②緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算	
		算定している	算定していない
①訪問回数	看護職員≧リハ職	12月を超えて行う場合は５単位減算（現行のまま）	**８単位減算**（新設）※
	看護職員＜リハ職	**８単位減算**（新設）※	**８単位減算**（新設）※

※12月を超えて訪問を行う場合は更に**15単位減算**（新設）

138

5．①　「書面掲示」規制の見直し

概要　【全サービス】

○　運営基準省令上、事業所の運営規程の概要等の重要事項等については、原則として事業所内での「書面掲示」を求めている一方、備え付けの書面（紙ファイル等）又は電磁的記録の供覧により、書面による壁面等への掲示を代替できる規定になっているところ、「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、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・公表しなければならないこととする。【省令改正】【告示改正】【通知改正】

（※令和７年度から義務付け）

149

5．②　特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化

概要　【訪問系サービス★、通所系サービス★、多機能系サービス★、福祉用具貸与★、居宅介護支援】

○　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法において、「過疎地域」とみなして同法の規定を適用することとされている地域等が、特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の算定対象地域に含まれることを明確化する。【告示改正】

基準

	算定要件	単位数
特別地域加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※１）に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に15/100を乗じた単位数
中山間地域等における小規模事業所加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※２）に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に10/100を乗じた単位数
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※３）に居住する利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合	所定単位数に５/100を乗じた単位数

※１：①離島振興対策実施地域、②奄美群島、③振興山村、④小笠原諸島、⑤沖縄の離島、⑥豪雪地帯、特別豪雪地帯、辺地、**過疎地域**等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難な地域
※２：①豪雪地帯及び特別豪雪地帯、②辺地、③半島振興対策実施地域、④特定農山村、**⑤過疎地域**
※３：①離島振興対策実施地域、②奄美群島、③豪雪地帯及び特別豪雪地帯、④辺地、⑤振興山村、⑥小笠原諸島、⑦半島振興対策実施地域、⑧特定農山村地域、**⑨過疎地域**、⑩沖縄の離島

○　厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（平成21年厚生労働省告示第83号）及び厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚生労働省告示第120号）の規定を以下のように改正する。

＜現行＞
過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(令和三年法律第十九号)第二条第一項に規定する過疎地域

▶

＜改定後＞
過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(令和三年法律第十九号)第二条第二項により公示された過疎地域

150

５．③　特別地域加算の対象地域の見直し

概要　【訪問系サービス★、多機能系サービス★、福祉用具貸与★、居宅介護支援】

○　過疎地域その他の地域で、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難であると認められる地域であって、特別地域加算の対象として告示で定めるものについて、前回の改正以降、新たに加除する必要が生じた地域において、都道府県及び市町村から加除の必要性等を聴取した上で、見直しを行う。

151

５．④　居宅療養管理指導における高齢者虐待防止措置及び業務継続計画の策定等に係る経過措置期間の延長

概要　【居宅療養管理指導★】

○　居宅療養管理指導について、事業所のほとんどがみなし指定であることや、体制整備に関する更なる周知の必要性等を踏まえ、令和６年３月31 日までとされている以下の義務付けに係る経過措置期間を３年間延長する。
【省令改正】
ア　虐待の発生又はその再発を防止するための措置
イ　業務継続計画の策定等

152

令和６年度介護報酬改定の施行時期について（主な事項）

■ 令和６年度介護報酬改定の施行時期については、令和６年度診療報酬改定が令和６年６月１日施行とされたこと等を踏まえ、以下のとおりとする。

➢ **<u>６月１日施行とするサービス</u>**
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導
- 通所リハビリテーション

➢ **<u>４月１日施行とするサービス</u>**
- 上記以外のサービス

■ 令和６年度介護報酬改定における処遇改善関係加算の加算率の引上げについては、予算編成過程における検討を踏まえ、令和６年６月１日施行とする。これを踏まえ、加算の一本化についても令和６年６月１日施行とするが、現行の処遇改善関係加算について**事業所内での柔軟な職種間配分を認めることとする**改正は、令和６年４月１日施行とする。

■ 補足給付に関わる見直しは、以下のとおりとする。

➢ **<u>令和６年８月１日施行とする事項</u>**
- 基準費用額の見直し

➢ **<u>令和７年８月１日施行とする事項</u>**
- 多床室の室料負担

基本報酬の見直し

概要

○　改定率については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえた メリハリのある対応を行うことで、全体で＋１．５９％を確保。そのうち、介護職員の処遇改善分＋０．９８％、その他の改定率として、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として＋０．６１％。

○　これを踏まえて、介護職員以外の賃上げが可能となるよう、各サービスの経営状況にも配慮しつつ＋０．６１％の改定財源について、基本報酬に配分する。

【告示改正】

令和６年度介護報酬改定に関する「大臣折衝事項」（令和５年12月20日）（抄）

令和６年度介護報酬改定については、<u>介護現場で働く方々の処遇改善を着実に行いつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行う</u>ことで、改定率は全体で＋1.59％（国費432億円）とする。具体的には以下の点を踏まえた対応を行う。

・　<u>介護職員の処遇改善分として、上記＋1.59％のうち＋0.98％を措置</u>する（介護職員の処遇改善分は令和６年６月施行）。その上で、賃上げ税制を活用しつつ、<u>介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として、＋0.61％を措置</u>する。
・　このほか、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果が見込まれ、これらを加えると、＋0.45％相当の改定となる。
・　既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今般新たに追加措置する処遇改善分を活用し、介護現場で働く方々にとって、令和６年度に2.5％、令和７年度に2.0％のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定が、介護職員の処遇改善に与える効果について、実態を把握する。
・　今回の報酬改定では、処遇改善分について２年分を措置し、３年目の対応については、上記の実態把握を通じた処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和８年度予算編成過程で検討する。

訪問看護　基本報酬

単位数

	訪問看護 ＜現行＞	訪問看護 ＜改定後＞	介護予防訪問看護 ＜現行＞	介護予防訪問看護 ＜改定後＞
○指定訪問看護ステーションの場合				
・20分未満	313単位	314単位	302単位	303単位
・30分未満	470単位	471単位	450単位	451単位
・30分以上１時間未満	821単位	823単位	792単位	794単位
・１時間以上１時間30分未満	1,125単位	1,128単位	1,087単位	1,090単位
・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合	293単位	294単位	283単位	284単位
○病院又は診療所の場合１				
・20分未満	265単位	266単位	255単位	256単位
・30分未満	398単位	399単位	381単位	382単位
・30分以上１時間未満	573単位	574単位	552単位	553単位
・１時間以上１時間30分未満	842単位	844単位	812単位	814単位

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合（１月につき）

＜現行＞	＜改定後＞
2,954単位	2,961単位

166

訪問リハビリテーション　基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて１回あたり

○訪問リハビリテーション

＜現行＞	＜改定後＞
基本報酬　307単位	基本報酬　308単位

○介護予防訪問リハビリテーション

＜現行＞	＜改定後＞
基本報酬　307単位	基本報酬　298単位

167

居宅療養管理指導　基本報酬①

単位数　※以下の単位数はすべて１回あたり（介護予防も同様）

		＜現行＞		＜改定後＞
○医師が行う場合				
（１）居宅療養管理指導（Ⅰ） （Ⅱ以外の場合に算定）	単一建物居住者が１人	514単位	➡	515単位
	単一建物居住者が２～９人	486単位		487単位
	単一建物居住者が10人以上	445単位		446単位
（２）居宅療養管理指導（Ⅱ） （在宅時医学総合管理料等を算定する 利用者を対象とする場合に算定）	単一建物居住者が１人	298単位	➡	299単位
	単一建物居住者が２～９人	286単位		287単位
	単一建物居住者が10人以上	259単位		260単位
○歯科医師が行う場合		＜現行＞		＜改定後＞
	単一建物居住者が１人	516単位	➡	517単位
	単一建物居住者が２～９人	486単位		487単位
	単一建物居住者が10人以上	440単位		441単位
○薬剤師が行う場合		＜現行＞		＜改定後＞
（１）病院又は診療所の薬剤師	単一建物居住者が１人	565単位	➡	566単位
	単一建物居住者が２～９人	416単位		417単位
	単一建物居住者が10人以上	379単位		380単位
（２）薬局の薬剤師	単一建物居住者が１人	517単位	➡	518単位
	単一建物居住者が２～９人	378単位		379単位
	単一建物居住者が10人以上	341単位		342単位
	情報通信機器を用いて行う場合	45単位		46単位

168

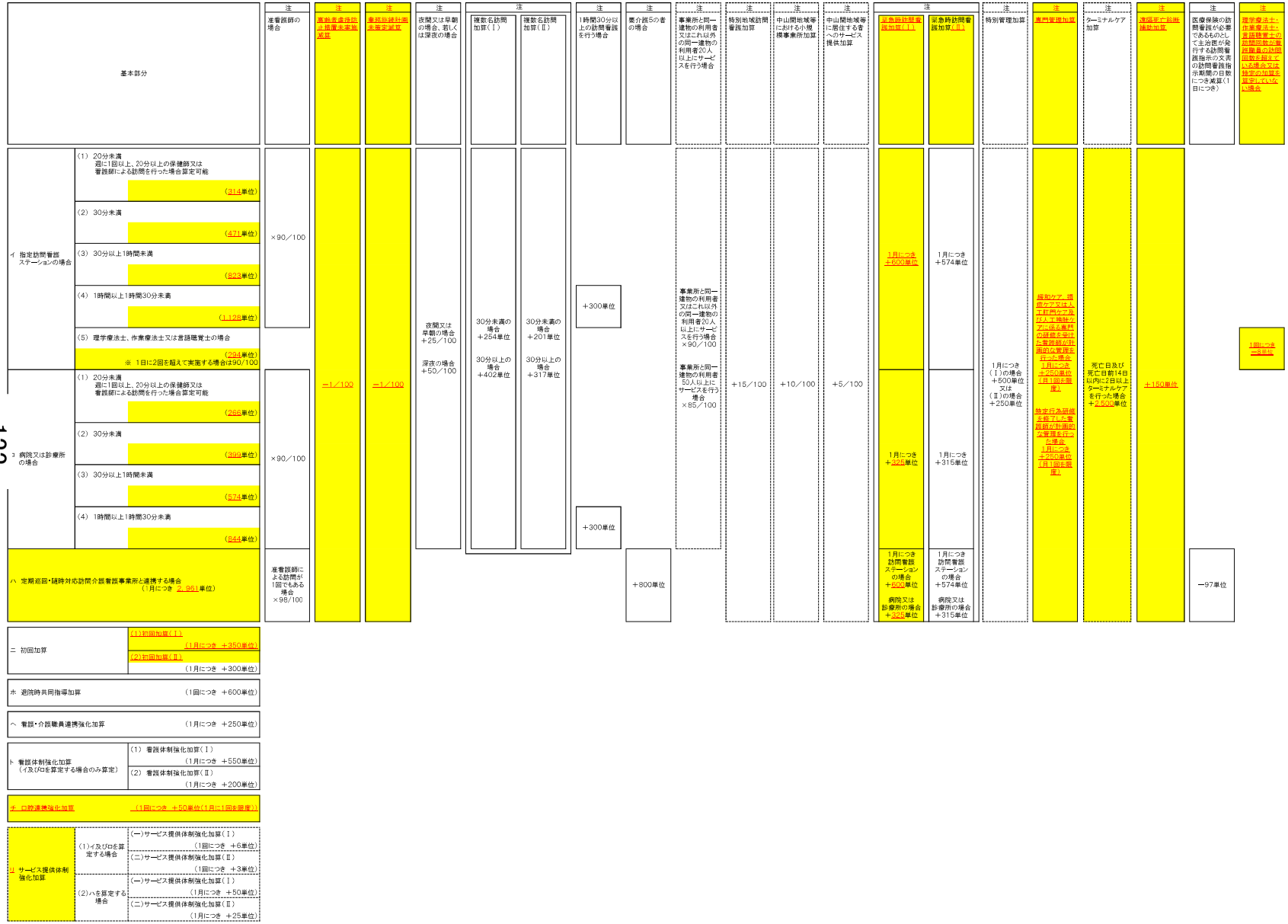
居宅療養管理指導　基本報酬②

単位数　※以下の単位数はすべて１回あたり（介護予防も同様）

		＜現行＞		＜改定後＞
○管理栄養士が行う場合				
（１）当該事業所の管理栄養士	単一建物居住者が１人	544単位	➡	545単位
	単一建物居住者が２～９人	486単位		487単位
	単一建物居住者が10人以上	443単位		444単位
（２）当該事業所以外の管理栄養士	単一建物居住者が１人	524単位	➡	525単位
	単一建物居住者が２～９人	466単位		467単位
	単一建物居住者が10人以上	423単位		424単位
○歯科衛生士が行う場合	＜改定後＞			＜改定後＞
	単一建物居住者が１人	361単位	➡	362単位
	単一建物居住者が２～９人	325単位		326単位
	単一建物居住者が10人以上	294単位		295単位

169

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。

4 訪問リハビリテーション費

基本部分			注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 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	注 特別地域訪問リハビリテーション加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 短期集中リハビリテーション実施加算	注 リハビリテーションマネジメント加算		注 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	注 口腔連携強化加算	注 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
イ 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 308単位	−1／100	−1／100	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50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	＋15/100	＋10/100	＋5／100	1日につき ＋200単位	リハビリテーションマネジメント加算(イ) 1月につき ＋180単位 リハビリテーションマネジメント加算(ロ) 1月につき ＋213単位	事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 1月につき ＋270単位	1日につき ＋240単位 (退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間に、1週間に2日を限度)	1回につき ＋50単位 (1月に1回を限度)	1回につき −50単位
	介護老人保健施設の場合													
	介護医療院の場合													

ロ 退院時共同指導加算 (600単位を加算)

ハ 移行支援加算 (1日につき 17単位を加算)

ニ 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。

5 居宅療養管理指導費

基本部分			注 特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合	注 医療用麻薬持続注射療法加算	注 在宅中心静脈栄養法加算	注 特別地域居宅療養管理指導加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 特別地域居宅療養管理指導加算
イ 医師が行う場合 (月2回を限度)	(1) 居宅療養管理指導費(Ⅰ) ((2)以外)	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (515単位)				＋15／100	＋10／100	＋5／100	＋15／100
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (487単位)							
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (446単位)							
	(2) 居宅療養管理指導費(Ⅱ) (在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する場合)	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (299単位)							
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (287単位)							
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (260単位)							
ロ 歯科医師が行う場合 (月2回を限度)	(1) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (517単位)								
	(2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (487単位)								
	(3) (1)及び(2)以外の場合 (441単位)								
ハ 薬剤師が行う場合	(1) 病院又は診療所の薬剤師が行う場合 (月2回を限度)	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (566単位)	＋100単位	＋250単位	＋150単位				
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (417単位)							
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (380単位)							
	(2) 薬局の薬剤師の場合 (月4回を限度)	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (518単位)							
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (379単位)							
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (342単位)							
		(四) 情報通信機器を用いて行う場合 (月4回を限度) (46単位)							
ニ 管理栄養士が行う場合 (月2回を限度)	(1) 当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が行った場合	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (545単位)				＋15／100	＋10／100	＋5／100	＋15／100
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (487単位)							
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (444単位)							
	(2) 当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合	(一) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (525単位)							
		(二) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (467単位)							
		(三) (一)及び(二)以外の場合 (424単位)							
ホ 歯科衛生士等が行う場合 (月4回を限度)	(1) 単一建物居住者1人に対して行う場合 (362単位)								
	(2) 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 (326単位)								
	(3) (1)及び(2)以外の場合 (295単位)								

※ ハ(2)(一)(二)(三)について、がん末期の患者、中心静脈栄養患者及び心不全や呼吸不全で麻薬注射剤を使用する患者については、週2回かつ月8回算定できる。
※ ニについて、計画的な医学管理を行っている医師が、当該利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理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30日間に限って、さらに2回を限度として算定できる。
※ ホについて、がん末期の患者については、月6回を限度として算定できる。

2 介護予防訪問看護費

基本部分		注 准看護師の場合	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合	注 複数名訪問加算（Ⅰ）	注 複数名訪問加算（Ⅱ）	注 1時間30分以上の介護予防訪問看護を行う場合	注 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	注 特別地域介護予防訪問看護加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）	注 緊急時訪問看護加算（Ⅱ）	注 特別管理加算	注 専門管理加算	注 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が標準的な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	注 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
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）	×90／100	―1／100	―1／100	夜間又は早朝の場合 ＋25／100 深夜の場合 ＋50／100	30分未満の場合 ＋254単位 30分以上の場合 ＋402単位	30分未満の場合 ＋201単位 30分以上の場合 ＋317単位	＋300単位	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90／100 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	＋15／100	＋10／100	＋10／100	＋5／100	1月につき ＋600単位	1月につき ＋574単位	1月につき （Ⅰ）の場合 ＋500単位 又は （Ⅱ）の場合 ＋250単位	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）	1回につき ―5単位	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）
	（2）30分未満 （451単位）													1月につき ＋325単位	1月につき ＋315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 （1,084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）	×90／100						＋300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）																		

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）

：「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			注 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	注 高齢者虐待防止措置未実施減算	注 業務継続計画未策定減算	注 特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	注 短期集中リハビリテーション実施加算	注 口腔連携強化加算	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。）	注 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）
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	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50人以上にサービスを行う場合 ×85／100	―1／100	―1／100	＋15／100	＋10／100	＋5／100	1日につき ＋200単位	1月につき ―50単位 （1月に1回を限度）	1回につき ―50単位	1回につき ―30単位
	介護老人保健施設の場合											
	介護医療院の場合											

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）

：「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。

4 介護予防居宅療養管理指導費

基本部分			注	注 特別地域介護予防居宅療養管理指導加算	注 中山間地域等における小規模事業所加算	注 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
イ 医師が行う場合 （月2回を限度）	（1） 介護予防居宅療養管理指導費（Ⅰ） （(2)以外）	（一） 単一建物居住者1人に対して行う場合 （515単位）		＋15/100	＋10/100	＋5/100
		（二） 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （487単位）				
		（三） （一）及び（二）以外の場合 （446単位）				
	（2） 介護予防居宅療養管理指導費（Ⅱ） （在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する場合）	（一） 単一建物居住者が1人に対して行う場合 （299単位）				
		（二） 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （287単位）				
		（三） （一）及び（二）以外の場合 （260単位）				
ロ 歯科医師が行う場合 （月2回を限度）	（1） 単一建物居住者1人に対して行う場合 （517単位）					
	（2） 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （482単位）					
	（3） (1)及び(2)以外の場合 （441単位）					
ハ 薬剤師が行う場合	（1） 病院又は診療所の薬剤師が行う場合 （月2回を限度）	（一） 単一建物居住者1人に対して行う場合 （566単位）	注 特別な薬剤の投薬が行われている在宅の利用者又は居住系施設入居者等に対して、当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合 ＋100単位			
		（二） 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （417単位）				
		（三） （一）及び（二）以外の場合 （380単位）				
	（2） 薬局の薬剤師の場合 （月4回を限度）	（一） 単一建物居住者1人に対して行う場合 （518単位）				
		（二） 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （379単位）				
		（三） （一）及び（二）以外の場合 （342単位）				
		（四） 情報通信機器を用いて行う場合（月4回を限度） （45単位）				
ニ 管理栄養士が行う場合 （月2回を限度）	（1） 当該指定居宅療養管理指導事業所の管理栄養士が行った場合	（一） 単一建物居住者1人に対して行う場合 （545単位）				
		（二） 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （487単位）				
		（三） （一）及び（二）以外の場合 （444単位）				
	（2） 当該指定居宅療養管理指導事業所以外の管理栄養士が行った場合	（一） 単一建物居住者1人に対して行う場合 （525単位）				
		（二） 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （467単位）				
		（三） （一）及び（二）以外の場合 （424単位）				
ホ 歯科衛生士等が行う場合 （月4回を限度）	（1） 単一建物居住者1人に対して行う場合 （362単位）					
	（2） 単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合 （326単位）					
	（3） (1)及び(2)以外の場合 （295単位）					

注 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	注 在宅中心静脈栄養法加算
＋250単位	＋150単位

※ ハ(2)(一)(二)(三)について、がん末期の患者、中心静脈栄養患者及び心不全や呼吸不全で麻薬注射剤を使用する患者については、週2回かつ月8回算定できる。
※ ニについて、計画的な医学管理を行っている医師が、当該利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理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30日間に限って、さらに2回を限度として算定できる。
※ ホについて、がん末期の患者については、月6回を限度として算定できる。