

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

佐賀中部広域連合 給付課 指導係

《 目 次 》

1	訪問リハビリテーションの概要	・ ・ ・ ・ ・ 3
2	運営基準	・ ・ ・ ・ ・ 6
3	届出	・ ・ ・ ・ ・ 17
4	介護報酬等	・ ・ ・ ・ ・ 19
	◆ 病院又は診療所/介護老人保健施設/介護医療院	・ ・ ・ 19
	◆ 同一建物減算	・ ・ ・ 21
	◆ 診療未実施減算	・ ・ ・ 22
	◆ 高齢者虐待防止措置未実施減算	・ ・ ・ 24
	◆ 業務継続計画未策定減算	・ ・ ・ 25
	◆ 特別地域訪問リハビリテーション加算	・ ・ ・ 25
	◆ 中山間地域等における小規模事業所加算	・ ・ ・ 25
	◆ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	・ ・ 26
	◆ 短期集中リハビリテーション実施加算	・ ・ ・ 26
	◆ リハビリテーションマネジメント加算	・ ・ ・ 26
	◆ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	・ ・ ・ 29
	◆ 口腔連携強化加算	・ ・ ・ 29
	◆ 退院時共同指導加算	・ ・ ・ 30
	◆ 移行支援加算	・ ・ ・ 31
	◆ サービス提供体制強化加算	・ ・ ・ 33
	◆ 利用開始12月を超えて介護予防訪問 リハビリテーションを行った場合	・ ・ ・ 33
5	実地指導における指摘事項	・ ・ ・ ・ 35

出典文献	介護報酬の解釈 ①	単位数表編	社会保険研究所	青本
	介護報酬の解釈 ②	指定基準編	社会保険研究所	赤本
	介護報酬の解釈 ③	Q A ・ 法令編	社会保険研究所	緑本

1 訪問リハビリテーションの概要

(1) 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概要

訪問リハビリテーションは、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持または向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。

(2) 事業所の指定

病院又は診療所は、介護保険法第71条第1項（法第115条の11により準用される場合を含む。）により、保険医療機関である場合は、介護保険の指定事業所としてみなされる（みなし指定）。みなし指定であっても、「指定基準」に従ったサービス提供が必要である。

なお、訪問リハビリテーション事業を介護予防訪問リハビリテーション事業が、同一の事業所において一体的に運営されている場合、「人員基準」「設備基準」に関しては、訪問リハビリテーション事業の基準を満たしていれば、介護予防訪問リハビリテーション事業の基準を満たしているものとみなされる。

(3) 設備基準

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。

設備名	基準
事務室	事業の運営に必要な広さを有する専用の事務室。 業務に支障がないときは、区画が明確に特定されていれば可。 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保。
設備及び備品等	訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備える。 当該病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における診療用に備え付けられたものを使用することができる。

(4) 指定の有効期間、指定更新

平成18年4月施行の改正介護保険法により指定に有効期間（6年）が設けられ、指定事業者は6年ごとに指定を更新することが必要となった（法第70条の2、第115条の11）。
なお、保険医療機関がみなし指定を受けている場合は、指定更新手続きは必要ない。

(5) 医療保険との給付の調整

- 1) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、6月に1回、14日間に限り医療保険の給付対象となる。
- 2) 要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）に移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、必要な場合（介護老人保健施設の入所者である場合を除く。）には、診療録及び診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載し、当該終了する日前の2月間に限り、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を行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医第0428001号）

(6) 複数サービスの利用

1) 算定関係

短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間は、訪問リハビリテーション費を算定することができない。

ただし、特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護の提供に必要な場合に、当該事業者の費用負担により、その利用者が訪問リハビリテーションを利用することは差し支えない。

2) 施設入所（院）日及び退所（院）日等における取扱い

介護老人保健施設及び介護療養型医療施設の退所（院）日又は短期入所療養介護のサービス終了（退所（院））日については、訪問リハビリテーション費を算定することができない。また、入所（院）当日であっても、当該入所（院）前に利用する訪問リハビリテーション費は算定できる。

また、施設入所（院）者が外泊又は介護保険施設若しくは経過的介護療養型医療施設の試行的退所を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に訪問リハビリテーション費は算定できない。

3) 同一時間帯に複数の訪問サービスを利用した場合

利用者は、同一時間帯にひとつの訪問サービスを利用することを原則とする。

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

4) 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置づける。

5) サービスが行われる利用者の居宅について

訪問リハビリテーションは、利用者の居宅において行われるもの（介護保険法第8条）とされており、居宅以外で行われるものは算定できない。

（7）介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について

指定居宅介護支援を行うに当たっては、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等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならない。

（8）ICTの活用

運営基準や加算の要件等において求められる各種会議について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、利用者が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「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」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。また、利用者等が参加する場合もその同意を得た場合は同様に認める。

（9）サービス付き高齢者住宅等における適正なサービス提供の確保

有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等に併設している訪問リハビリテーション事業所は、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても訪問リハビリテーションの提供を行うよう努めなければならない。

2 運営基準

（１）内容及び手続きの説明及び同意（居宅基準第８条）

サービス提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の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記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。また、書面での説明・同意等を行うものについては、電磁的記録による対応を原則認める。署名押印についても代替手段を明示すれば、求めないことが可能である。

（２）提供拒否の禁止（居宅基準第９条）

正当な理由なく、特に要介護度や所得の多寡等を理由に指定訪問リハビリテーションの提供を拒否してはならない。

※正当な理由とは

- ①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- ②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- ③その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合

（３）サービス提供困難時の対応（居宅基準第１０条）

正当な理由により、利用申込者に対し自ら適切な指定訪問リハビリテーションを提供することが困難であると認めた場合には、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。

（４）受給資格等の確認（居宅基準第１１条）

- １．指定訪問リハビリテーションの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめなければならない。
- ２．被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定訪問リハビリテーションを提供するよう努めなければならない。

（５）要介護認定の申請に係る援助（居宅基準第１２条）

- １．指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。
- ２．居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する日の30日前にはされるよう必要な援助を行わなければ

ならない。

(6) 心身の状況等の把握（居宅基準第13条）

サービス担当会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

(7) 居宅介護支援事業者等との連携（居宅基準第64条）

1. 居宅介護支援事業者その他保健医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。
2. 指定訪問リハビリテーションの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

※ 特に居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの、サービスの実施状況の報告を行うことにより、利用者へのサービス提供状況の共通認識に努める等、連携を図ること。

(8) 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助（居宅基準第15条）

指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則第64条第1号イ又はロに該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定訪問リハビリテーションの提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行わなければならない。

(9) 居宅サービス計画に沿ったサービスの提供（居宅基準第16条）

居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った指定訪問リハビリテーションを提供しなければならない。

(10) 居宅サービス計画等の変更の援助（居宅基準第17条）

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

(11) 身分を証する書類の携行（居宅基準第18条）

理学療法士等に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

※ 証書等には、事業所の名称、理学療法士等の氏名を記載するものとし、理学療法士等の写真の貼付や職能の記載を行うことが望ましい。

(12) サービスの提供の記録（居宅基準第19条）

1. 訪問リハビリテーションを提供した際には、提供日及び内容、利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。
2. 指定訪問リハビリテーションを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

(13) 保険給付請求のための証明書の交付（居宅基準第21条）

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

(14) 人員に関する基準（居宅基準第 76 条）

① 医師

イ. 専任の常勤医師が 1 人以上勤務していること。

ロ. 指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。

ハ. 指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足るものであること。

また、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足るものであること。

② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適当数置かなければならない。

(15) 設備に関する基準（居宅基準第 77 条）

（1）居宅基準第 77 条は、指定訪問リハビリテーション事業所については、

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、③略

（2）設備及び備品等については、当該病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における診療用に備え付けられたものを使用することができるものである。

(16) 利用料等の受領（居宅基準第78条）

1. 法定代理受領サービスとして提供される指定訪問リハビリテーションについての利用者負担として、居宅介護サービス費用基準額の1割又は2割又は3割（法第50条若しくは第60条又は第69条第5項の規定の適用により保険給付の率が9割、8割又は7割でない場合については、それに応じた割合）の支払を受ける。
2. 法定代理受領サービスに該当しない指定訪問リハビリテーションを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額及び指定訪問リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額と、健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律に規定する療養の給付のうち指定訪問リハビリテーションに相当するものに要する費用の額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

※ 介護保険給付、医療保険給付の給付対象となる指定訪問リハビリテーションと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えない。

- イ 利用者に、当該事業が指定訪問リハビリテーションの事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。
- ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問リハビリテーション事業所の運営規程とは別に定められていること。
- ハ 会計が指定訪問リハビリテーションの事業の会計と区分されていること。

3. 前2項の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域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の支払を利用者から受けることができる。
4. 前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

※ 利用料のほかに、サービスの提供に要する交通費(移動に要する実費)を利用者から受けることができるとし、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払を受けることは認めない。

(17) 指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針及び具体的取扱方針（居宅基準79条及び第80条）

- ① 指定訪問リハビリテーションは、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治の医師との密接な連携のもとに訪問リハビリテーション計画に沿って行うこととしたものであること。
- ② 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行うこと。
- ③ 指定訪問リハビリテーションの提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問リハビリテーション計画の修正を行い改善を図る等に努めなければならないものであること。

④ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、利用者の心身状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点及び療養上必要な目標等、療養上必要な事項について利用者及びその家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うこと。

⑤ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、当該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ず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっては、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としたものである。

また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、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こととし、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。

なお、居宅基準第82条の2第2項の規定に基づき、当該記録は、2年間保存しなければならない。

⑥ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な技術をもって対応できるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。

⑦ 指定訪問リハビリテーションを行った際には、速やかに、指定訪問リハビリテーションを実施した要介護者等の氏名、実施日時、実施した指定訪問リハビリテーションの要点及び担当者の氏名を記録すること。

⑧ 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、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していること。

⑨ 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。

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ものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この⑧において「利用者等」という。）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。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、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。

(18) 訪問リハビリテーション計画の作成（居宅基準81条）

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。また、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し、必要に応じて当

該計画を見直していること。

- ② 訪問リハビリテーション計画の作成にあたっては①が原則であるが、指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている患者であって、例外として、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の医師から情報の提供を受けて、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差し支えないものとする。
- ③ 訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないことから、訪問リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。
- ④ 医療機関から退院した利用者に対し訪問リハビリテーション計画を作成する場合には、医療と介護の連携を図り、連続的で質の高いリハビリテーションを行う観点から、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を入手し、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。
- その際、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においては、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。
- ⑤ 訪問リハビリテーション計画は医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該計画の作成にあたっては、その目標や内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行った上で利用者の同意を得なければならない。また、リハビリテーション計画書を利用者に交付しなければならない。なお、その実施状況や評価等についても説明を行うこと。
- ⑥ 指定訪問リハビリテーション事業者が、指定通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、指定訪問リハビリテーション及び指定通所リハビリテーションの目標並びに当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた訪問リハビリテーション計画を作成した場合には、通所リハビリテーション計画に係る基準を満たすことによって、訪問リハビリテーション計画に係る基準を満たしているとみなすことができる。
- 当該計画の作成にあたっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を1つの計画として分かりやすく記載するよう留意すること。
- ⑦ 指定訪問リハビリテーション及び指定通所リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、居宅基準第80条第4項に規定する診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。
- ⑧ 居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定訪問リハビリテーション事業者に

については、第3の一の3の(14)の⑥を準用する。この場合において、「訪問介護計画」とあるのは「訪問リハビリテーション計画」と読み替える。

(19) 利用者に関する市町村への通知（居宅基準第26条）

利用者が下記のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

- ① 正当な理由なしに指定訪問リハビリテーションの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
- ② 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

(20) 管理者の責務（居宅基準第52条）

1. 事業所の従業者の管理及び利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。
2. 従業者に運営基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

(21) 運営規程（居宅基準第82条）

事業所ごとに、次に掲げる重要事項を内容とする運営規程を定めておかなければならない。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 営業日及び営業時間
- ④ 指定訪問リハビリテーションの利用料及びその他の費用の額
- ⑤ 通常の事業の実施地域
- ⑥ 虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑦ その他施設の運営に関する重要事項

(22) 勤務体制の確保等（居宅基準第83条準用第30条）

1. 利用者に対し適切な指定訪問リハビリテーションを提供できるよう、リハビリテーション事業所ごとに、PT、OT又はSTの勤務の体制を定めておかなければならない。

※ 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、指定訪問リハビリテーションに従事する理学療法士等を明確にするとともに、それらの者の職務の内容、常勤・非常勤の別等を明確にすること。

2. 事業所ごとに、当該事業所のPT、OT又はSTによって指定訪問リハビリテーションを提供しなければならない。
3. PT、OT又はSTの資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。
4. 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）であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じること。

※セクシュアルハラスメントについては、事業所内に限らず、利用者やその家族等から受ける

ものも含まれることに留意すること。

(23) 衛生管理等（居宅基準第83条準用第31条）

- 1 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。
- 2 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。
- 3 感染症が発生し、又はまん延しないように必要な次の各号の措置を講じなければならない。
 - ①感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を半年に一度開催し周知徹底すること。
 - ②感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
 - ③感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。

(24) 掲示（居宅基準第83条準用第32条）

事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、理学療法士等の勤務の体制その他の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するか、書面を備え付け、いつでも自由に閲覧できるようにすること。また、原則として重要事項はウェブサイトに掲載をすること。

(25) 秘密保持等（居宅基準第83条準用第33条）

1. 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
2. 当該事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

※ 具体的には、事業所の従業者等が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講ずべきである。

3. 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かなければならない。

※ この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りる。

(26) 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止（居宅基準第35条）

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

(27) 苦情処理（居宅基準第36条）

1. 利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

「必要な措置」…具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等。

2. 苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録しなければならない。
3. 市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
4. 市町村から求めがあった場合は、その改善の内容を市町村等に報告しなければならない。

※苦情の内容等の記録は、2年間保存しなければならない。

5. 苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合は、必要な改善を行わなければならない。
6. 求めがあった場合には、改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

(28) 地域との連携（居宅基準第36条の2）

1. 指定訪問リハビリテーション事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定訪問リハビリテーションに関する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その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。
2. 所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定訪問リハビリテーションを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定訪問リハビリテーションの提供を行うよう努めなければならない。

(29) 事故発生時の対応（居宅基準第37条）

1. 訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
2. 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
3. 利用者に対する訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

※ 利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ事業者が定めておくことが望ましい。

※ 賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましい。

※ 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる。

(30) 会計の区分（居宅基準38条）

事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問リハビリテーションの事業の会計とその他の事業の会計の事業の会計を区分しなければならない。

(31) 記録の整備（居宅基準第82条の2）

1. 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。
2. 利用者に対する訪問リハビリテーションの提供に関する次に掲げる記録を整備し、完結の日から2年間保存しなければならない。

- ①訪問リハビリテーション計画
- ②提供した具体的なサービスの内容等の記録
- ③市町村への通知の記録
- ④苦情の内容等の記録
- ⑤事故の状況・事故に際して採った処置の記録

※「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指す。

なお、介護給付費の返還を求める場合の返還請求権は公法上の債権であり、その消滅時効は地方自治法第236条第1項の規定により5年となっている。このため、介護報酬請求の根拠となる書類を、介護報酬を受領した日が完結日となり、その翌日から5年間保存することが望ましい。

(32) 虐待の防止（居宅基準第83条、準用37条の2）

指定訪問リハビリテーション事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制を整備と、研修の実施等の措置を講じなければならない。また、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、虐待の防止のための措置に関する事項を、運営規定に定めておかなければならない。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会
- ② 虐待の防止のための指針の整備
- ③ 虐待の防止のための従業者に対する研修（年2回以上）
- ④ 虐待防止のための従業者に対する研修を適切に実施するための専任の担当者の配置

(33) 業務継続計画の策定等（居宅基準第83条準用30条の2）

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者にサービスを継続的に実施し、非常時の体制で早期の業務再開を図るため業務継続計画を策定し、必要な措置を講じなければならない。
- (2) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し当業務継続計画について周知し、必要な研修と訓練を定期的の実施すること。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更すること。

※業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施に当たっては、他のサービス事業者と連携して行うこととしてもよい。

- ・「業務継続計画（ＢＣＰ）」には、以下の項目を記載すること。

① 感染症に係る業務継続計画

- ア 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
- イ 初動対応
- ウ 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

② 災害に係る業務継続計画

- ア 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
- イ 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
- ウ 他施設及び地域との連携

- ・「研修」の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年１回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。
- ・「訓練（シミュレーション）」は、感染症や災害が発生した場合に迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年１回以上）に実施すること。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

(34) ICTの活用

運営基準や加算の要件等において求められる各種会議について、感染防止や多職種連携の促進の観点から、利用者が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「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」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。また、利用者等が参加する場合もその同意を得た場合は同様に認める。

3 届出

(1) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書について

提出期限

- ・ 単位数が増加する場合：算定開始月の前月 15 日までに提出
- ・ 単位数が減少する場合：加算が算定されなくなる状況が生じた場合、速やかに提出

○必要書類

項 目	必 要 書 類
特別地域加算	なし
リハビリテーションマネジメント加算	なし
口腔連携強化加算	別紙 11、勤務形態一覧表、資格証の写し
移行支援加算	別紙 24 及び要件を満たすことが分かる書類
サービス提供体制強化加算	別紙 14-2、勤務形態一覧表（前年4月～当年2月分）、資格証の写し

（２）変更届出書について

以下の事項に変更があった場合は、遅滞なく（変更後１０日以内）『変更届出書』に關係書類を添付の上、佐賀中部広域連合長に届出を行うこと。【介護保険法第７５条、第１１５条の５】

業務負担軽減のため、運営規定や重要事項説明書に記載する従業員の「員数」について「〇〇人以上」と記載することが可能とし、「従業員の職種、員数、職務内容」について、その変更届は年１回で足りることとする。

記載事項 付表（４）を必ず添付してください。

変更があった事項	必要な添付書類
事業所の名称	運営規程（事業所の名称を記載している場合）
事業所の所在地	平面図、写真（外観及び各部屋）、土地及び建物の登記簿謄本又は賃貸借契約書、運営規程（事業所の所在地を記載している場合）、建築基準法及び消防法の検査済証等、付表
主たる事務所の所在地	定款、登記事項証明書又は土地及び建物の登記簿謄本又は賃貸借契約書
代表者の氏名及び住所	誓約書、役員名簿、登記事項証明書又は理事会等の議事録
事業所の建物の構造、専用区画等	平面図、写真（変更箇所）、建築基準法及び消防法の検査済証等
事業所の管理者の氏名及び住所	勤務表（変更月の管理者の勤務状況が分かるもの）、管理者経歴書、誓約書、役員名簿（管理者のみ）
運営規程	運営規程（変更箇所が分かるようにすること）、以下の変更については適宜必要な書類 ＜従業員の職種、員数及び職務の内容＞ 勤務表、組織図、資格証の写し ＜営業日及び営業時間＞ 勤務表（変更月のもの）、サービス提供実施単位一覧表 ＜利用定員＞ 勤務表、平面図、運営規程、サービス提供実施単位一覧表、（看護職員の免許証）
役員の氏名、生年月日及び住所	誓約書、役員名簿、登記事項証明書等

※ 変更する事項の内容によって、その他の添付資料の提出を求める場合があります。

4 介護報酬等

訪問リハビリテーション費・介護予防訪問リハビリテーション費

病院又は診療所／介護老人保健施設／介護医療院

308単位／回

〔平成12年3月1日老企第36号第2の5（1）〕

算定の基準

- ① 指定訪問リハビリテーションは、計画的な医学的管理を行っている当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の指示の下で実施するとともに、当該医師の診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。

また、例外として、指定訪問リハビリテーション事業所の医師がやむを得ず診療できない場合には、別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（指定訪問リハビリテーションの必要性や利用者の心身機能や活動等に係るアセスメント情報等）を受け、当該情報提供を踏まえて、当該リハビリテーション計画を作成し、指定訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った別の医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。

この場合、少なくとも3月に1回は、指定訪問リハビリテーション事業所の医師は、当該情報提供を行った別の医療機関の医師に対して訪問リハビリテーション計画等について情報提供を行う。

- ② 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、指定訪問リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、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。
- ③ ②における指示を行った医師又は当該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、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。
- ④ 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、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、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。

- ⑤ 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し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、訪問リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね2週間以内に、その後はおおむね3月ごとに評価を行う。
- ⑥ 指定訪問リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して3月以上の指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定訪問リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載する。
- ⑦ 指定訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。ただし、退院（所）の日から起算して3月以内に、医師の指示に基づきリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定可能である。
- ⑧ 指定訪問リハビリテーション事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合にあって、医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問して指定訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設又は介護医療院による指定訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設又は介護医療院において、施設サービスに支障のないよう留意する。
- ⑨ 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、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。
- ⑩ 居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供するに当たっては、訪問リハビリテーション計画にその目的、頻度等を記録するものとする。
- ⑪ 利用者が指定訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を受けた日に、訪問リハビリテーション計画の作成に必要な医師の診療が行われた場合には、当該複数の診療等と時間を別にして行われていることを記録上明確にする。

「通院が困難な利用者」について

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訪問リハビリテーション費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである。

Q & A【R6.3.15報酬改定 Q & A（Vol.1） 問90】

問) 医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、一定の要件を満たした場合において、情報提供に用いた「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をリハビリテーション計画書とみなして介護保険のリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。

1) 情報提供を行う医療機関と、情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所が同一の場合でも、同様の取扱いをしてよい。また、その場合、医療機関側で当該者を診療し、様式2-2-1を記載した医師と、リハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、リハビリテーション事業所における医師の診療を省略して差し支えないか。

2) 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両方を利用する場合、別紙様式2-2-1による情報提供の内容を、共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えないか。

答) 1) よい。また、医師が同一の場合であっても、医師の診療について省略して差し支えない。ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。

2) 差し支えない。ただし、リハビリテーション会議の開催等を通じて、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に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合が取れたものとなっていることを確認すること。

同一建物減算

減算の基準

- ① ※1事業所の所在する建物と同一敷地内若しくは隣接する敷地内に所在する建物若しくは事業所と同一の建物(以下「同一敷地内建物等」という。)に居住する利用者に対してサービスを行った場合
- ② 事業所における1月当たりの利用者が※2同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対してサービスを行った場合
- ③ 事業所における1月当たりの利用者が※3同一の建物に20人以上居住する建物(同一敷地内建物等を除く)に居住する利用者に対してサービスを行った場合

①と③については、所定単位数の**100分の90**に相当する単位数を算定する。

②については、所定単位数の**100分の85**に相当する単位数を算定する。

※1、※3のいずれの場合においても、同一の建物については、当該建築物に管理、運営法人が当該指定訪問介護事業所の指定訪問介護事業者と異なる場合であっても減算対象となる。

※1 事業所の所在する建物と同一敷地内若しくは隣接する敷地内に所在する建物若しくは事業所と同一の建物

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

※2 同一敷地内建物等に50人以上居住する建物

- イ. 同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該事業所の利用者が50人以上居住する建物の利用者全員に適用されるものである。
- ロ. この場合の利用者数は、1月間(暦月)の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

※3 同一の建物に20人以上居住する建物(同一敷地内建物等を除く。)

- イ. 「当該事業所における利用者が同一建物に20人以上居住する建物」とは、①に該当するものの以外の建築物を指すものであり、当該建築物に当該事業所の利用者が20人以上居住する場合に該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用者数を合算するものではない。
- ロ. この場合の利用者数は、1月間(暦月)の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者の数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。また、当該事業所が、第1号訪問事業(旧指定介護予防訪問介護に相当するものとして市町村が定めるものに限る。以下同じ。)と一体的な運営をしている場合、第1号訪問事業の利用者を含めて計算すること。

※ 減算を適用すべきでない例

当該減算は、事業所と建築物の位置関係により、効率的なサービス提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本減算の適用については、位置関係のみをもって判断することがないように留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。

(同一の敷地内の建物等に該当しないものの例)

- ◆ 同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合
- ◆ 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

診療未実施減算 50単位／回の減算

事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師が診療を行っていない利用者に対して、指定訪問リハビリテーションを行った場合は、1回につき50単位を所定単位数から減算する。

減算基準【平成27年3月23日厚生労働省告示第95号】

イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (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、訪問リハビリテーション計画を作成すること。

ロ イの規定に関わらず、令和六年六月一日から令和九年三月三十一日までの間に、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、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問リハビリテーション費の注 14 を算定できるものとする。

(1) イ(1)及び(3)に適合すること。

(2) イ(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。

【解釈通知】

注 14 の取扱いについて

訪問リハビリテーション計画は、原則、当該指定訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、当該医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が共同して作成するものである。

注 14 は、指定訪問リハビリテーション事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている利用者であって、当該事業所の医師がやむを得ず診療できない場合に、別の医療機関の医師からの情報をもとに、当該事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問リハビリテーション計画を作成し、当該事業所の医師の指示に基づき、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問リハビリテーションを実施した場合について、例外として基本報酬に 50 単位を減じたもので評価したものである。

① 「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」の別紙様式 2-2-1 のうち、本人・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、十分に記載できる情報の提供を受けていることをいう。

② 当該事業所の従業者は、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。

③ ただし、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、注 14 は適用されないことに留意すること。

Q & A 【R6.7.9報酬改定 Q & A (Vol. 8) 問1】

問) リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から50単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

答) 含まれる。なお、別の医療機関の医師が応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会プログラムのうち、該当プログラム(※)を含んだ上で、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上を取得していること、または、令和7年3月31日までに取得する予定であることが必要。

(※) 応用研修における該当プログラム

令和6年度（応用研修の詳細は、日医かかりつけ医機能研修制度を確認すること）

・リハビリテーションにおける医療と介護の連携

令和5年度

・介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション
・口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組

令和4年度

・フレイル予防・対策
・地域リハビリテーション

令和3年度

・かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際
・リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害
・在宅リハビリテーション症例

（参考）日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会プログラムは、各年度全6単位が基本的に1日の研修で実施されている。

なお、令和6年度介護報酬改定において、適用猶予措置期間中であっても、当該事業所の従業者は、計画的な医学的管理を行っている医師の適切な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することが義務づけられている。ついては、別の医療機関の医師は、当該利用者に関する情報提供をする際には、「適切な研修の修了等」の有無についても、訪問リハビリテーション事業所の求めに応じて伝達する必要がある。

また診療未実施減算の適用猶予措置期間は、令和9年3月31日までであることに留意すること。

高齢者虐待防止措置未実施減算

1/100減算

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

☆減算要件

- ①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
- ②高齢者虐待防止のための指針を整備していない
- ③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
- ④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

その後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告する
⇒事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算。

Q&A【R6.3.15報酬改定Q&A Vol.1 問167】

（問）高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていなければ減算の適用となるのか。

（答）減算適用となる。全ての措置の一つでも講じられていなければ減算となることに留意すること。

業務継続計画未策定減算**1/100減算**

業務継続計画（BCP）を策定していない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

⇒業務継続計画を策定していない事実が生じた場合、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。

Q & A【R6.5.17報酬改定Q&A vol.6 問7、R6.3.15報酬改定Q&A vol.1 問167修正】

（問） 業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

（答） 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や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。

特別地域(介護予防)訪問リハビリテーション加算**所定単位数の100分の15/回**

別に厚生労働大臣が定める地域(※)に所在する指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定(介護予防)訪問リハビリテーションを提供した場合は、特別地域訪問リハビリテーション加算として、1回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。

※離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法の指定地域

中山間地域等における小規模事業所加算**所定単位数の100分の10/回**

別に厚生労働大臣が定める地域(※1)に所在し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準(※2)に適合する指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定(介護予防)訪問リハビリテーションを提供した場合

※1 豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法の指定地域

※2 訪問リハビリテーションについては、1月当たりの延訪問回数が30回以下であること
介護予防訪問リハビリテーションについては、1月当たり延訪問回数が10回以下であること

- ① 延訪問回数は前年度(3月を除く。)の1月当たりの平均延訪問回数をいうものとする。
- ② 前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、直近の3月における1月当たりの平均延訪問回数を用いるものとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。
- ③ ①及び②の規定にかかわらず、当分の間、前年度のいずれかの月における総訪問回数が概ね200回以下である場合であっても算定できるものとする。なお、「概ね200回」は400回程度を想定しており、例えば、前年度の平均延訪問回数600回以下の事業所等も対象となり得るものである。
- ④ 当該加算を算定する事業所は、その旨について利用者に事前に説明を行い、同意を得てサービスを行う必要があること

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算**所定単位数の100分の5／回**

指定訪問リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、別に厚生労働大臣が定める地域(※)に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（指定居宅サービス基準第82条第5号に規定する通常の事業の実施地域をいう。）を越えて、指定訪問リハビリテーションを行った場合。

※離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法、沖縄振興特別措置法の指定地域

短期集中リハビリテーション実施加算**200単位/日**

☆介護予防訪問リハビリテーションは含まない

※ 退院(所)日又は認定日から起算して3月以内に、1週につき概ね2日以上、1日当たり20分以上実施した場合

※ 「退院(所)日」…利用者が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等の治療等のために入院（所）した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院（所）した日

※ 「認定日」…要介護認定（法第19条第1項）の効力が生じた日（当該利用者が新たに要介護認定を受けた者である場合に限る。）

※ 介護予防については、1月以内は1日40分以上、1月を超え3月以内は1日20分以上実施する。

リハビリテーションマネジメント加算

☆介護予防訪問リハビリテーションは含まない

事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。併算不可。さらに、訪問リハビリテーション計画について、指定訪問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、1月につき270単位を加算する。

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

医師が利用者またはその家族に説明した場合

270単位／月

リハビリテーションマネジメント加算（イ）

（１） リハビリテーション会議（指定居宅サービス等基準第八十条第七号に規定するリハビリテーション会議をいう。以下同じ。）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（同号に規定する構成員をいう。以下同じ。）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（指定居宅サービス等基準第八十一条第一項に規定する訪問リハビリテーション計画をいう。以下同じ。）について、当該計画の作成に関与した医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説

明した内容等について医師へ報告すること。

(3) 三月に一回以上、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) 指定訪問リハビリテーション事業所（指定居宅サービス等基準第七十六条第一項に規定する指定訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員（法第七条第五項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）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) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画（法第八条第二十四項に規定する居宅サービス計画をいう。以下同じ。）に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定訪問リハビリテーション（指定居宅サービス等基準第七十五条に規定する指定訪問リハビリテーションをいう。以下同じ。）の利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、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。

(二) 指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、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) (1) から (5) までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

(1) イ(1) から (6) までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

(2) 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。

【解釈通知】

(10) リハビリテーションマネジメント加算について

① リハビリテーションマネジメント加算は、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」）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いう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この③において「利用者等」という。）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。なお、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)の算定要件で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（Long-term care Information system For Evidence）」（以下「LIFE」という。）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」を参照されたい。

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。

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。

Q&A【R3.3.23報酬改定Q&A Vol.2 問1】

問）リハビリテーションマネジメント加算(A)及び(B)の算定要件について、「リハビリテーション計画について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

答）利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、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、電話等による説明でもよい。

ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。

Q&A【R6.3.15報酬改定Q&A Vol.1問82、R3.3.23報酬改定Q&A Vol.2問4修正】

問）同一の事業所内において、利用者ごとに異なる区分のリハビリテーションマネジメント加算を算定することは可能か。

答）可能。

Q&A【R6.3.15報酬改定Q&A Vol.1 問84、R3.3.23報酬改定Q&A Vol.2 問9修正】

問）リハビリテーションマネジメント加算（イ）、（ロ）及び（ハ）について、同一の利用者に対し、加算の算定要件の可否によって、月ごとに算定する加算を選択することは可能か。

答）可能である。

Q&A【R6.4.30報酬改定Q&A Vol.5 問2】

問）リハビリテーションマネジメント加算を算定する際、リハビリテーション計画について、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、1月につき270単位が加算できるとされている。医師による説明があった月のみ、270単位が加算されるのか。

答）リハビリテーションの基本報酬の算定の際、3月に1回以上の医師の診療及び3月に1回以上のリハビリテーション計画の見直しを求めていることから、3月に1回以上、リハビリテーション計画について医師が説明を行っていれば、リハビリテーションマネジメント加算に、毎月270単位を加算することができる。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日

☆介護予防訪問リハビリテーションは含まない

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、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、1週に2日を限度として、1日につき240単位を所定単位数に加算する。短期集中リハビリテーション実施加算とは併算不可。

【解釈通知】

- ① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、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。
- ② 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。
- ③ 本加算の対象となる利用者はMMSE（Mini Mental State Examination）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。
- ④ 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た場合には算定できないこととする。

口腔連携強化加算 50単位/月

口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として、1月に1回に限り50単位を所定単位数に加算する。

◆訪問リハビリテーション費における口腔連携強化加算の基準

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

ロ 次のいずれにも該当しないこと。

- (1) 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。
- (2) 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。
- (3) 当該事業所以外の介護サービス事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。

【解釈通知】

口腔連携強化加算について

- ① 口腔連携強化加算の算定に係る口腔の健康状態の評価は、利用者に対する適切な口腔管理につなげる観点から、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 口腔の健康状態の評価の実施に当たっては、必要に応じて、厚生労働大臣が定める基準における歯科医療機関（以下「連携歯科医療機関」という。）の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談すること。なお、連携歯科医療機関は複数でも差し支えない。
- ③ 口腔の健康状態の評価をそれぞれ利用者について行い、評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に対し、別紙様式 6 等により提供すること。
- ④ 歯科医療機関への情報提供に当たっては、利用者又は家族等の意向及び当該利用者を担当する介護支援専門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供を行うこと。
- ⑤ 口腔の健康状態の評価は、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。ただし、ト及びチについては、利用者の状態に応じて確認可能な場合に限って評価を行うこと。
 - イ 開口の状態
 - ロ 歯の汚れの有無
 - ハ 舌の汚れの有無
 - ニ 歯肉の腫れ、出血の有無
 - ホ 左右両方の奥歯のかみ合わせの状態
 - ヘ むせの有無
 - ト ぶくぶくうがいの状態
 - チ 食物のため込み、残留の有無
- ⑥ 口腔の健康状態の評価を行うに当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）及び「入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の確認に関する基本的な考え方」（令和 6 年 3 月日本歯科医学会）等を参考にすること。
- ⑦ 口腔の健康状態によっては、主治医の対応を要する場合もあることから、必要に応じて介護支援専門員を通じて主治医にも情報提供等の適切な措置を講ずること。
- ⑧ 口腔連携強化加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議等を活用し決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔の健康状態の評価を継続的に実施すること。

退院時共同指導加算 600単位／回

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定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（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。）を行った後に、当該者に対する初回の指定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。

◆算定基準

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、

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。

- 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一月以内に、イに規定する医療機関から退院した利用者であること。

【解釈通知】

退院時共同指導加算について

- 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、作業療法士、言語聴覚士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。
- 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ものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその家族の同意を得なければならない。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- 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。

移行支援加算

17単位／日 ☆介護予防訪問リハビリテーションは含まない

算定の基準【平成12年厚生省告示第19号4口注】

リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、評価対象期間（社会参加支援加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間）の末日が属する年度の次の年度に限り加算する。

- ① 評価対象期間において訪問リハビリテーションの提供を終了した者のうち、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定認知症対応型通所介護、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、その他社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が100分の5を超えていること。
- ② 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日から起算して14日以降44日以内に、PT、OT、STが訪問リハビリテーション終了者に対して、当該訪問リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し記録していること。
- ③ 12月を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。
- ④ 訪問リハビリテーション終了者が指定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。

【解釈通知】 移行支援加算について

- ① 移行支援加算におけるリハビリテーションは、訪問リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者のADL及びIADLを向上させ、指

定通所介護等に移行させるものであること。

- ② 「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等は含まれず、算定対象とならないこと。
- ③ 大臣基準告示第13号イ(1)の基準において、指定通所介護等を実施した者の占める割合及び基準第13号ロにおいて、12を指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数については、小数点第3位以下は切り上げること。
- ④ 平均利用月数については、以下の式により計算すること。
- イ (i) に掲げる数 ÷ (ii) に掲げる数
- (i) 当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計
- (ii) (当該事業所における評価対象期間の新規利用者数の合計 + 当該事業所における評価対象期間の新規終了者数の合計) ÷ 2
- ロ イ(i)における利用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を終了した者又は死亡した者を含むものである。
- ハ イ(i)における利用者延月数は、利用者が評価対象期間において当該事業所の提供する訪問リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。
- ニ イ(ii)における新規利用者数とは、当該評価対象期間に新たに当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションを利用した者の数をいう。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。
- ホ イ(ii)における新規終了者数とは、評価対象期間に当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。
- ⑤ 「指定通所介護等の実施」状況の確認に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADL及びIADLが維持又は改善していることを確認すること。なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。
- ⑥ 「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」については、利用者の円滑な移行を推進するため、指定訪問リハビリテーション終了者が通所介護等へ移行する際に、「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及び2-2-2のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で通所介護等の事業所へ提供すること。
- なお、その際には、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、本人・家族等の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。「指定通所介護等の実施」状況の確認に当たって得られた情報については、訪問リハビリテーション計画等に記録すること。

※事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物等に居住する利用者に対しては算定対象とならない。

Q&A【R3.3.23報酬改定Q&A vol.2 問17】

問) 移行支援加算について、既に訪問(通所)リハビリテーションと通所介護を併用している利用者が、訪問(通所)リハビリテーションを終了し、通所介護はそのまま継続となった場合、「終了した後通所事業を実施した者」として取り扱うことができるか。

答) 貴見の通りである。

Q&A【R3.3.2 3報酬改定Q&A vol.2 問18】

問) 移行支援加算は事業所の取り組んだ内容を評価する加算であるが、同一事業所において、当該加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることは可能か。

答) 同一事業所において、加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることはできない。

Q&A【R3.3.2 3報酬改定Q&A vol.2 問19】

問) 利用者が訪問リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行して、通所リハビリテーション利用開始後2月で通所介護に移行した場合、訪問リハビリテーションの移行支援加算の算定要件を満たしたことになるか。

答) 貴見のとおりである。

Q&A【R3.3.2 3報酬改定Q&A vol.2 問20】

問) 移行支援加算で通所リハビリテーションから通所介護、訪問リハビリテーションから通所リハビリテーション等に移行後、一定期間後元のサービスに戻った場合、再び算定対象とすることができるのか。

答) 移行支援加算については、通所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日以内に通所リハビリテーション従業者が通所リハビリテーション終了者に対して、指定通所介護等を実施していることを確認し、記録していることとしている。なお、3月以上経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断した時は、新規利用者としてすることができる。

Q&A【R3.3.2 3報酬改定Q&A vol.2 問21】

問) 移行支援加算における就労について、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援や就労継続支援（A型、B型）の利用に至った場合を含めてよいか。

答) よい。

サービス提供体制強化加算

加算Ⅰ（6単位／回）：PT、OT、STのうち勤続年数 7年以上の者がいること

加算Ⅱ（3単位／回）：PT、OT、STのうち勤続年数 3年以上の者がいること

- ・勤続年数は各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、同一法人の経営する他の介護サービス事業所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
- ・従業者が育児休業や介護休業を取得中の期間においては、資格等要件を満たす複数の非常勤の従業者を常勤の従業者の員数に換算し、当該要件を満たすことが可能である。

利用開始12月を超えて介護予防訪問リハビリテーションを行った場合 30単位／回の減算

☆介護予防訪問リハビリテーションのみ

指定介護予防訪問リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、介護予防訪問リハビリテーション費から30単位減算する。ただし、厚生労働大臣が定める基準をいずれも満たす場合においては、リハビリテーションマネジメントのもと、リハビリテーションを継続していると考えられることから、減算は行わない。

◆厚生労働大臣が定める要件

イ 三月に一回以上、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（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第八十六条第二号に規定する介護予防訪問リハビリテーション計画をいう。）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。

※入院により中断された場合、医師の指示内容に変更があれば新たに利用されたものとする。

※入院等の中断により当該月の利用が無かった場合、その月は除いて積算。

※要支援の区分が変更された場合（要支援 1 から要支援 2 への変更及び要支援 2 から要支援 1 への変更）はサービスの利用が継続されているものとみなす。

Q&A【R3.4.15報酬改定Q&A Vol.6 問4】

問）介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、12月以上継続した場合の減算起算の開始時点はいつとなるのか。また、12月の計算方法は如何。

答）当該サービスを利用開始した日が属する月となる。

- ・当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする。

Q&A【R3.3.26報酬改定Q&A Vol.3 問121】

問）介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、当該事業所においてサービスを継続しているが、要介護認定の状態から要支援認定へ変更となった場合の取扱如何。

答）法第19条第2項に規定する要支援認定の効力が生じた日が属する月をもって、利用が開始されたものとする。

- ・ただし、要支援の区分が変更された場合（要支援 1 から要支援 2 への変更及び要支援 2 から要支援 1 への変更）はサービスの利用が継続されているものとみなす。

Q&A【R6.3.19報酬改定Q&A（Vol.2）問12】

問）介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用が12月を超えた際の減算（12月減算）を行わない場合の要件について、いつの時点で要件を満たしていれば、当初から減算を行わないことができるのか。

答）・リハビリテーション会議については、減算の適用が開始される月（12月を超えた日の属する月）にリハビリテーション会議を行い、継続の必要性について検討した場合に要件を満たす。

- ・厚生労働省へのLIFEを用いたデータ提出については、減算の適用が開始される月の翌月10日までにデータを提出した場合に要件を満たす。

5 実地指導における指摘事項

◎介護保険法及びその他法令

変更の届出等

- ・代表者、管理者の変更届が出されないまま変更されている。

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

- ・高齢者虐待防止の研修を行っていないかった。

◎運営に関する基準

苦情処理

- ・苦情処理の体制や手順等の整備がされてなかった。

運営規定

- ・通常の事業の実施地域で、事業所が実際に訪問できない地域の記載があった。
- ・営業日及び営業時間が運営規程と重要事項説明書とに差異があった。

秘密保持等

- ・秘密保持の誓約書の中で、従事者でなくなった後においても秘密を保持する記載がなかった。
- ・秘密保持の誓約書の中で、利用者の家族においても秘密を保持するとの記載がなかった。

勤務体制の確保等

- ・資質向上の研修を行っているが、その出席者についての記録がなく、全員が参加しているのかわからなかった。
- ・研修欠席者について、回覧等が行われているか確認できていない。

事故発生時の対応

- ・マニュアルに利用者の家族、居宅介護事業所等に連絡を行う体制になっていなかった。
- ・訪問時に発生する事故等への対応マニュアルの整備が不十分だった。
- ・訪問リハビリテーションについて、マニュアルの整備がなかった。

衛生管理等

- ・訪問時での感染予防についてマニュアルの整備が行われていなかった。

訪問リハビリテーションの計画の作成

- ・医師の診療が行われていないにも関わらず、訪問リハビリテーション計画を作成していた。

◎報酬

訪問リハビリテーションの算定の基準

- ・医師の診察の日から3月以上経過しているにも関わらず、訪問リハビリテーションを行っていた。