

4 訪問リハビリテーション

(1) 令和6年度介護報酬改定で変更があった加算（根拠法令）

令和6年度報酬改定で要件の変更及び追加となった加算は以下のとおりです。加算を取得する際は算定要件の確認をお願いします。

- 高齢者虐待防止措置未実施減算

H12 厚告 19 別表 4 注 2、H12 老企 36 第 2 の 3 (4)、H27 厚労告 95 十一
H18 厚労告 127 別表 3 注 2、H18 老計発 0317001 号他 別紙 1 第 2 の 4 (4)
H27 厚労告 95 百五の二

- 業務継続計画未策定減算

H12 厚告 19 別表 4 注 3、H12 老企 36 第 2 の 3 (5)、H27 厚労告 95 十一の二
H18 厚労告 127 別表 3 注 3、H18 老計発第 0317001 号他 別紙 1 第 2 の 4 (5)、H27
厚労告 95 百五の三

- リハビリテーションマネジメント加算

H12 厚告 19 別表 4 注 9、H12 老企 36 第 2 の 5 (10)、H27 厚労告 95 十二

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

H12 厚告 19 別表 4 注 10、H12 老企 36 第 2 の 5 (11)

- 口腔連携強化加算

H12 厚告 19 別表 4 注 11、H12 老企 36 第 2 の 5 (12)、H27 厚労告 95 十二の二
H18 厚労告 127 別表 3 注 9、H18 老計発第 0317001 号他 別紙 1 第 2 の 4 (10)、H27
厚労告 95 百五の四

- 計画診療未実施減算

H12 厚告 19 別表 4 注 14、H12 老企 36 第 2 の 5 (14)、H27 厚労告 95 十二の二
H18 厚労告 127 別表 3 注 12、H18 老計発第 0317001 号他 別紙 1 第 2 の 4 (12)、
H27 厚労告 95 百六の三

- 退院時共同指導加算

H12 厚告 19 別表 4 ロ、H12 老企 36 第 2 の 5 (15)
H18 厚労告 127 別表 3 ロ、H18 老計発第 0317001 号他 別紙 1 第 2 の 4 (14)

- 12 月超減算

H18 厚労告 127 別表 3 注 13、H18 老計発第 0317001 号他 別紙 1 第 2 の 4 (13)
H27 厚労告 95 七十八の三

(2) 算定の基準

★ 対象サービス…（介護予防）訪問リハビリテーション

自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、令和3年度の制度改正では、算定の基準について見直しが行われました。

以下の根拠法令等を再度確認し、適切な取扱いをお願いします。

（参考）根拠法令

H12 老企 36 第2の5（1）算定の基準について

- 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。

(3) 介護予防訪問リハビリテーションの減算

★ 対象サービス…介護予防訪問リハビリテーション

令和6年度介護報酬改定により、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、長期間利用の減算について見直しが行われました。

当該サービスの**利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えてサービス提供を行う場合は減算**となりますが、**以下の要件をすべて満たす場合においては減算を行わない**こととなりました。

■減算を行わない要件

ア 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、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、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、**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。**

イ **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（LIFE）に提出し、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。**

※要件を満たさない場合は、**1回につき30単位**の減算となる。

（参考）根拠法令等

H18老計発第0317001号他 第2の4 (13)

(13) 注13の取扱いについて

① (略)

② リハビリテーション会議の開催については、指定訪問リハビリテーションと同じであることから、別途通知（「**指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について**」）を参照すること。

③ **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**」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。

④ なお、**入院による中断があり、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。**

6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2)」

問 11 令和6年度介護報酬改定において、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）について、減算を行わない場合の要件が新設されたが、令和6年度6月1日時点で12月減算の対象となる利用者がいる場合、いつの時点で要件を満たしていればよいのか。

答 11 令和6年度介護報酬改定の施行に際し、移行のための措置として、12月減算を行わない場合の要件の取扱いとは以下の通りとする。

- ・リハビリテーション会議の実施については、**令和6年4～6月の間に1回以上リハビリテーション会議を開催していれば、要件を満たす**こととする。
- ・厚生労働省へのLIFEを用いたデータ提出については、LIFEへの登録が令和6年8月1日以降に可能となることから、**令和6年7月10日までにデータ提出のための評価を行い、遡り入力対象期間内にデータ提出を行っていれば、要件を満たす**こととする。

6.3.19 事務連絡「令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 2)」

問 12 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 12 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。**

3.3.26 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 3)」

問 121 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い如何。

答 121 ・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。**

3.4.15 事務連絡「令和3年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol. 6)」

問4 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4 ・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。**

(4) リハビリテーションマネジメント加算

★ 対象サービス…訪問リハビリテーション

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハビリテーションマネジメント加算について令和6年度介護報酬改定により、以下のとおり見直しが行われました。

加算要件の内容を確認いただき、適正な取扱いをお願いします。

①リハビリテーションマネジメント加算等の見直し

報酬体系の簡素化の観点から、現行の加算区分が整理され、**医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得た場合の加算が新設（旧加算の組み換え）**されました。

②リハビリテーションマネジメント加算要件について

主な算定要件は以下の表のとおりになります。具体的な事務処理手順例については、「**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**」（介護保険最新情報 vol. 1217）にて国から示されていますので、併せて確認をお願いします。

	リハマネ加算（イ）	リハマネ加算（ロ）
リハビリテーション会議	リハビリテーション会議（以下「リハ会議」）を開催し、 アセスメント結果等の情報共有、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 について協議し、リハ会議の内容を記録する。 リハ会議の構成員 利用者及び家族の参加を基本とし、医師、PT、OT、ST、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等	
説明・同意	リハビリテーション計画（以下「リハ計画」）について、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（以下「利用者等」）に説明し、利用者の同意を得る。 ただし、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。 医師が利用者等に対し説明し、利用者から同意を得た場合は、1月につき 270 単位を加算する。	
計画の見直し	3月に1回以上、リハ会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハ計画を見直す。	
情報提供・状況共有	・理学療法士等が、介護支援専門員に対し、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を提供する。 ・次のいずれかを実施する。 ①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事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、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。 ②理学療法士等が、利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、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。	
記録	上記要件を満たしていることを確認し、記録する。	
LIFE への提出		LIFE によりデータを提出し、フィードバック情報を活用し、PDCA サイクルにより、サービスの管理を行う

（根拠法令）H12 厚告 19 別表 4 注 9、H12 老企 36 第 2 の 5 (10)、H27 厚労告 95 十二