

訪問リハビリテーション業務手順書

一般社団法人
京都府理学療法士会
社会局 保険部

I 訪問リハビリテーション業務基準

●訪問リハビリテーションに関わる介護報酬

1. 基本報酬（訪問リハビリテーション費） 302 単位／回

（1）算定の基準

- ① 医師の診察から 3 月以内に実施した場合に算定すること。
- ② 1 回当たり 20 分以上、1 週に 6 回を限度として算定すること。
- ③ 買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為を行う場合は、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。

- （2）訪問リハビリテーション事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者又は訪問リハビリテーション事業所における 1 月当たりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物の利用者に対する取扱いに注意すること。

2. 加算

<リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ> 60 単位／月

算定要件

- （1）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、必要に応じて見直すこと。
- （2）介護支援専門員を通じて、訪問介護等の従業者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。

<リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ> 150 単位／月

算定要件

- （1）リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を、会議の構成員（医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス等の担当者等）と共有し、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、医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
- （3）3 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すこと。
- （4）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提供を行うこと。
- （5）以下のいずれかに適合すること。
 - ① 訪問介護等の従業者と利用者の居宅を訪問し、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。

② 利用者の居宅を訪問し、その家族に、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) までに適合することを確認し、記録すること。

<短期集中リハビリテーション実施加算> 200 単位/日

(退院(所)日又は認定日から起算して3月以内)

算定要件

- (1) 利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、心身機能を回復するための集中的なリハビリテーションを実施すること。
- (2) 退院(所)日又は認定日から起算して3月以内、1週につき概ね2回以上、1回あたり20分以上実施した場合に算定すること。
- (3) リハビリテーションマネジメント加算(I)又は(II)を算定していること。

<社会参加支援加算> 17 単位/日 (評価対象期間の次の年度内に限り算定)

算定要件

- (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、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を超えること。
- (2) 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、その居宅を訪問すること又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けることにより、社会参加に資する取組の実施状況が3月以上継続する見込みであることを確認し、記録すること。
- (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。

<サービス提供体制強化加算> 6 単位/回

算定要件

- (1) 指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち、勤続年数が3年以上の者が1名以上いれば算定可能であること。

II 訪問リハビリテーション業務手順 ※フローチャート参照

1. 情報収集

サービス担当者会議や診療情報提供書、ケアマネジメント連絡用紙から利用者の情報収集を行う。リハビリテーションに関する利用者本人、家族の希望を聴取する。

2. 医師の指示

I 業務基準 1. 基本報酬 (1) 算定の基準に従い、医師の診察は 3 月毎に行い、医師から訪問リハビリテーションの指示を受ける。

3. 利用者との契約

利用者本人又は家族（身元引受人）に重要事項説明書の説明後、契約書に基づいて契約を交わす。契約時は介護保険被保険者証、介護保険負担割合証を確認する。必要時には、特定医療費（指定難病）受給者証の確認も行う。

4. アセスメント（評価）

訪問リハビリテーションの提供前にアセスメント（評価）を行う。

5. リハビリテーション計画書の作成

アセスメント（評価）後、リハビリテーションカンファレンスを行い、リハビリテーション実施計画書を作成する。利用者本人、家族（身元引受人）に説明し同意を得て、サービス提供となる。作成したリハビリテーション計画書は利用者本人、医師、介護支援専門員に交付する。

概ね 3 ヶ月毎にモニタリングを行い、リハビリテーション計画書を作成する。

6. 実施記録

サービス提供時には、実施記録に実施日、開始時間と終了時間、プログラム内容、利用者状態、訓練内容などを記載し、実施者及び利用者本人又は家族がサイン又は押印する。

7. サービス担当者会議

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、関連スタッフ間で利用者の情報提供、情報共有を図る。必要時は介護支援専門員にサービス担当者会議の開催を依頼する。

8. 終了

サービス担当者会議、診療情報提供書、ケアマネジメント連絡用紙等で情報提供を行う。

Ⅲ 各種書類原本

- ・ 様式 1 : 興味・関心チェックシート
- ・ 様式 2 : リハビリテーション計画書 (アセスメント)
- ・ 様式 3 : リハビリテーション計画書
- ・ 様式 4 : リハビリテーション会議録
- ・ 様式 5 : プロセス管理表
- ・ 診療情報提供書
- ・ ケアマネジメント連絡用紙