

平成 30 年度 診療報酬・介護報酬改定直前研修会（3/4）の質疑について

（一社）日本作業療法士協会制度対策部保険対策委員会

平成 30 年 4 月 11 日

3 月 4 日開催の平成 30 年度 診療報酬・介護報酬改定直前研修会における質問事項について回答いたします。

なお、研修会後に厚生労働省より通知、Q&A が発出されており、診療報酬、介護報酬とも厚生労働省ホームページに掲載されています。

診療報酬：平成 30 年度診療報酬改定について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>

介護報酬：平成 30 年度介護報酬改定について

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/kaitei30.html

下記回答には可能な限り出典を明記しておりますので、必ず原文の確認をお願いいたします。

●身障 ●精神 ●介護 ●その他

◎診療報酬身体障害関連分野

●退院時共同指導料について

- ・診療報酬では退院時共同指導料で「医師又は看護師が…」 「3 者以上と…」 とあるが介護保険にはないのでどうなのか？
 - ⇒ 「在宅療養担当医療機関等のうち 2 者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。」（診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)保医発 0305 第 1 号)
- ・2 はサ高住、有料老人ホームへの退院でも算定可能か。
 - ⇒ サービス付き高齢者住宅、有料老人ホームとも「高齢者の住居」と設定されているため、算定可能。（今回の診療報酬改定以前より可能。今回「自宅以外の場所へ退院する場合も算定可能」と文言が追加。）
- ・退院後も入院していた医療機関を受診する場合、当該機関での算定は可能か？
 - ⇒ 「当該患者が入院している保険医療機関」と「在宅療養担当医療機関」に分けて述べられていることから、これらが同じ医療機関であることは想定されていないと捉えられる。しかし、「退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。」（診療報酬の

算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)保医発0305第1号)とされており、同じ医療機関で退院後の在宅療養を担う場合であっても、家族に向けての指導に対しB005 退院時共同指導料2400点の算定は可能と理解できる。

- ・「医師の指示が必要」とあるが指示書など根拠を示す書類は必要か？
⇒ 書式は不明だが共同して文書を作成する必要あり。
- ・退院時共同指導料を算定しない場合はこれまで通り退院時リハビリテーション指導料を算定できるのか？
⇒ 算定可能。

B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点

注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2(注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。)は、別に算定できない。(平成30年厚生労働省告示第43号通則)

●入退院支援加算について

- ・1・2の違いは？
⇒ 退院時支援加算1は、2病棟に1名以上退院支援業務等に専従する職員を配置し、退院困難な患者を3日以内に描出、7日以内に患者、家族と面談などが求められている。(今回の改定では名称の変更のみで施設基準に変更はなし。)
今回の改定では、退院困難な要因として下記2点が追加。
エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること
(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)保医発0305第1号)

●回復期病棟について

- ・実績指数はいつからいつの期間になるか？
⇒ 各年度4月、7月、10月及び1月においてア及びイで算出した内容等について、毎年7月に別紙様式45を用いて地方厚生(支)局長に報告する。(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)保医発0305第1号)とされているが、いつの時点で、37などの実績指数を求められるかは不明。

*様式45

<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=519673&name=file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196308.pdf> (100p)

- ・病棟専従者が外来リハを行えるのは、退院した病院の回復期の患者のみか？
 - ⇒ 「当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する**退院前の訪問指導**並びに当該病棟を退棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する**外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導**を実施しても差し支えないものとする。」（基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知) 保医発 0305 第2号)
- ・充実加算で求められた6単位以上の算定はどういった取り扱いになるのか？
 - ⇒ 充実加算が廃止となり6単位以上の算定は求められていないが、「回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり二単位以上のリハビリテーションが行われていること。」という施設基準は現行どおり。
疑義解釈資料その1（平成30年3月30日）
問 108：回復期リハビリテーション病棟1、3又は5において、実績指数がそれぞれ37、30又は30を上回る場合は、回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数が6単位未満（2単位以上）であつてもよいか。
（答）そのとおり。
- ・B007の算定について、リスク管理の観点から専従者が2名同時に訪問する場合、回復期リハ病棟入院料は算定できるか？
 - ⇒ 「当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは常勤換算の対象となる専従の非常勤の理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。」（基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知) 保医発 0305 第2号【回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準】）
- ・回復期リハ病棟入院料の実績を集める間に充実加算の算定は可能なのか？
 - ⇒ 充実加算は廃止。詳細情報を待つ。
- ・人員配置の実績も6か月必要なのか？（4月以降に）
 - ⇒ 人員配置の実績についての期間は現時点では不明。
- ・データ提出加算の中に実績指数は含まれるのか？

- ⇒ 提出データとは別の様式で、実績指数は提出を求められる。
- ・実績指数の根拠を示す方法をどのように管理していけばよいか
 - ⇒ 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）別添 4 第 11 の 1(8)に示した式において「直近 1 か月間」とあるものを「直近 6 か月間」と読み替えた計算式を用いる。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する保険医療機関は、各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月においてア及びイで算出した内容等について、毎年 7 月に別紙様式 45 を用いて地方厚生（支）局長に報告する。（診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)保医発 0305 第 1 号別添 1）（様式 45 については前項参照。）

●経過措置

- ・経過措置期間中ででているものがあれば教えてほしい。
 - ⇒ 次の発出を待ちたい。

●リハビリテーション総合計画評価料について

- ・リハ総合計画評価料 1 を算定した後、介護保険のリハへの移行の可能性が高くなった場合、計画評価料 2 を算定することはできるか？
 - ⇒ 「1」及び「2」における介護保険リハビリテーションへの移行を予定している患者とは、介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、各疾患別リハビリテーション料に規定する標準的算定日数の 3 分の 1 を経過した期間にリハビリテーションを実施している患者をいう。（診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)保医発 0305 第 1 号別添 1）
- ・計画評価料 2 を算定していないと計画提供料が算定できないのか？
 - ⇒ 現時点においてはそのような記載は見当たらない。

●リハビリテーション総合計画提供料について

- ・「介護保険のリハビリテーション事業所」とは？
 - ⇒ 「介護リハビリテーションを行う介護保険法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第 8 条第 5 項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号通則）
- ・介護保険のリハ事業所への移行が見込まれる患者に対し、総合実施計画書以外の書式（リハサマリー等）で情報提供を行った場合にも算定できるか？

⇒ 「リハビリテーション計画提供料1について、別紙様式21の6を用いて3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を文書により提供した場合に算定する。」(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)保医発0305第1号別添1)

「リハビリテーション計画提供料2は、・・・(略)・・・当該患者の同意を得た上で、退院後の外来におけるリハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション実施計画を文書により提供した場合に算定する。(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)保医発0305第1号)

*様式21-6

<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=519673&name=file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196308.pdf> (49p)

疑義解釈資料その1 (平成30年3月30日)

問172:

(1) 様式21の6等を用いてリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合計画書を作成する際、FIMを用いた評価を記載している場合には、様式21の6等にあらかじめ設けられたBIの記載を省略してもよいか。

(2) (1)の場合に、BIの記載を省略した状態で、介護保険のリハビリテーション事業所に、様式21の6を用いてリハビリテーション実施計画書等を提供した場合に、リハビリテーション計画提供料1及び電子化連携加算は算定可能か。

(答)(1) 省略してよい。

(2) 電子化連携加算については、介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」に対応する項目について計画書を記載することを前提としているため、BIの記載が省略された場合には算定不可。提供先の通所リハビリテーション事業所等からあらかじめ同意を得ている場合に、BIの記載を省略した上で、文書でFIMを用いた評価を記載したリハビリテーション実施計画書等を提供する場合には、リハビリテーション計画提供料1のみ算定できる。

●総合実施計画書について

・栄養関連項目が入った計画書書式等はあるか

⇒ リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮すること。

- ア 別紙様式 23 から別紙様式 23 の 4 まで又はこれに準じた様式
- イ 別紙様式 21 の 6 又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか 1 項目以上を組み合わせて記載する様式 (回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する患者については、必ず(ヌ)を含めること。)
- (イ) 疾患別リハビリテーション開始前の日常生活動作の状況
- (ロ) F I Mを用いた評価
- (ハ) 前回計画書作成時からの改善・変化
- (ニ) 今後 1 ヶ月のリハビリテーションの目標、リハビリテーションの頻度、方針及び留意点
- (ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う等が担う具体的内容に係るもの
- (へ) 今後十分なリハビリテーションを実施しない場合に予想される状態の変化
- (ト) 疾患別リハビリテーション終了後のリハビリテーションの提供の必要性及び必要な場合の具体的なリハビリテーションの内容
- (チ) 病棟における日常生活動作の状況 (入院患者に対し、リハビリテーション総合計画評価料を算定する場合のみ記載することができる。)
- (リ) 関節可動域、筋力、持久力、変形、関節不安定性、運動機能発達に係る障害、麻痺等、個々の運動機能障害における重症度の評価
- (ヌ) 身長、体重、B M I (Body Mass Index)、栄養補給方法 (経口、経管栄養、静脈栄養) 等に基づく患者の栄養状態の評価に係るもの (栄養障害等の状態にある患者については、必要栄養量、総摂取栄養量等も踏まえた評価を行う。なお、嚥下調整食を必要とする患者については、栄養障害等の有無にかかわらず、当該嚥下調整食の形態に係る情報として、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類コードも必ず記載する。)
- (ル) リハビリテーションの観点から、家庭や病棟において、患者自ら行うことが望ましい訓練
- (ヲ) F A I (Frenchay Activities Index)、L S A (Life-Space Assessment)、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメント、ロコモ 2 5 (平成 22 年厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全 (ロコモティブシンドローム) の早期発見ツールの開発」において作成されたもの) 又は老研式活動能力指標のいずれかを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの
- (診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知保医発 0305 第 1 号別添 1))

*様式

<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=519673&name=file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196308.pdf>

●早期離床・リハビリテーション加算について

・早期離床・リハビリテーション加算については PT を専任で置く予定だが、OT/ST の実績実施はどのような扱いになるか？

・OT・ST の実績は疾患別リハで算定できるのか？

⇒ 同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H0001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。(平成30年厚生労働省告示第43号通則)

・診療記録等の業務について詳細が分かれば教えてほしい

⇒ ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。

ウ 早期離床・リハビリテーションチームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

エ アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載すること。

(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)保医発0305第1号別添1)

・算定しない場合、疾患別リハは算定できるか。

・チーム内でPT1単位、OT1単位以上行う場合疾患別リハで行った方が点数は高くなるが、患者の疾患等を考慮して管理料を取る方が良いのか？

⇒ 現時点の情報の範囲からは加算を算定しない場合、疾患別リハが算定可能と考えるが、地域によっては疾患別リハ料の算定が認められない所もある。今後の情報を待ちたい。(H30.3.4)

- ・チームを作成した場合、チームの PT がリハを行わなければ算定できない？
 - ⇒ 「多職種による早期離床・リハビリテーションに係るチームによる以下（上記ア～エ）のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。」との記載があり、必ずしも PT の直接的な関わりは求められていないと考える。
- ・ PT は専従、専任といった決まりがあるか。
 - ⇒ 疑義解釈資料その 1（平成 30 年 3 月 30 日）
 - 問 107：特定集中治療室管理料の注 4 に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に求める早期離床・リハビリテーションに係るチームの専任の常勤理学療法士及び常勤作業療法士は、疾患別リハビリテーションの専従者が兼任してもよいか。
 - （答）疾患別リハビリテーション料（2 名以上の専従の常勤理学療法士又は 2 名以上の専従の常勤作業療法士の配置を要件としているものに限る。）における専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち 1 名については、早期離床・リハビリテーション加算における専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士と兼任して差し支えない。
- ・ ICU では包括的リハ、ICU からでたあとは初期加算、疾患別リハがとれるのか？
 - ⇒ 疑義解釈など情報を待ちたい。
- ・ HCU でも算定可能か？
 - ⇒ 「特定集中治療管理料」での加算なので、ハイケアユニットでは算定不可と理解される。

●脳卒中ケアユニットの専従スタッフは疾患別リハ料の算定は可能か？

- ⇒ 脳卒中ケアユニットに関しては、「脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の理学療法士又は作業療法士が 1 名以上、当該治療室に勤務していること。なお、当該理学療法士又は当該作業療法士は疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務はできないものであること。」と記載されている。よって、疾患別リハビリテーションの専任スタッフであれば、疾患別リハビリテーション料の算定は可能と考えられる。（今回改定での変更はなし。）

●疾患別リハビリテーションについて

- ・脳血管等に新設された「舌悪性腫瘍等」の等に含まれる具体的なものは？
 - ⇒ 現在、それ以上の情報はない。

●算定日数上限除外について

- ・末梢神経損傷の「1 年以内」は、1 年以降は 13 単位？また、要介護被保険者は 1 年以降から減算？

⇒現時点で明確な情報はない。

●摂食機能療法について

- ・30分未満とは、5～10分程度でも算定できるのか？
 - ⇒「2」については、脳卒中の発症後14日以内の患者に対し、15分以上の摂食機能療法を行った場合に算定できる。なお、脳卒中の発症後14日以内の患者であっても、30分以上の摂食機能療法を行った場合には「1」を算定できる。（保医発0305第1号）
- ・摂食機能療法2を算定後、14日を過ぎた患者に対して摂食機能療法1を算定できるか
 - ⇒1については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。（平成30年 厚生労働省告示第43号 第2章 リハビリテーション）

●地域包括ケア病棟について

- ・施設基準について、「週2単位以上のリハ実施」はH30年度の要件からは外れるのか？
 - ⇒施設基準として「リハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。」ということについては変更なし。（保医発0305第2号）
- ・専従要件については、今回の改定では変更はないか？
 - ⇒専従要件の緩和あり。
（抜粋：「週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。」（保医発0305第2号）
- ・「200床未満の病院に限る」とは地域包括ケアとして届けている病棟が200床未満？
 - ⇒病院の許可病床が200床未満。
- ・入院料2では地域包括ケアに関する実績部分が記載されていなかったが、その部分は求められていないのか？
 - ⇒地域包括ケアに関する実績部分は入院料1と入院料3に求められる。

●末梢神経障害のリハについて

- ・発症から1年以内、要介護被保険者の末梢神経障害の患者の場合、目標設定等支援管理料を算定しないといけないのか？いつからどうなっていくのか。

⇒ 疑義解釈など今後の情報を待ちたい。

●急性期における OT の役割について

- ・国から求められている急性期病院における OT の役割はなにか？
- ・PT との違いは？

⇒「リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである」（医科点数表 第7部リハビリテーション）。入院日数が短縮し急性期から直接在宅へ退院する患者が増加する今日、急性期において、在宅生活を想定し応用的動作能力と社会的適応能力の回復に働きかける作業療法の役割は益々重要と認識している。

◎診療報酬精神障害分野

●専従要件の緩和について（精神科作業療法）

- ・専従者が、訪問看護・退院前訪問指導・老健（入所・通所）などに従事しても差し支えないか？

⇒精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケアに従事することは差し支えない。（平成30年3月5日 保医発0305第3号 p132）

- ・専従者は最低一人必要とあるが、50名以上請求している場合も専従1人専任2人などでもよいか？

⇒よい。

(1)作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。(2)患者数は、作業療法士1人に対しては、1日50人を標準とすること。（平成30年3月5日 保医発0305第3号 p132）

◎介護報酬分野

●通所リハについて

- ・PT/OT/ST の配置要件について、入所との兼務で1以上になれば算定できるか？専従にしないとイケないのか？

⇒専ら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が、利用者が100又はその端数を増すごとに1以上確保されていること（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 七 通所リハビリテーション 居宅基準第111条第1項 以下 URL18-19 ページに記載有。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199105.pdf>)

- ・通所リハの短期集中リハ加算は残るのか？
⇒ 変更無し
- ・利用者25名に対してリハ1名配置とあるが、感染症や何らかの問題で配置できなかった場合は減算になるのか？
⇒ 明記無し。

(リハビリテーションマネジメント加算について)

- ・通所リハの3か月以上の継続利用が必要な場合、医師の記載が必要だが期限はあるのか？

⇒期限は明記されていない。

今回改定ではリハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充が図られており、活動と参加をより推進する方向が示されている。継続利用においては、リハビリテーションマネジメントを通して、必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を確実にを行っていることが求められているものと解釈する。

- ・医師が計画書に継続利用が必要な理由を記載した場合、医師のサインや印鑑は必要か？

⇒計画書の説明の際に必要。

- ・リハマネ加算の要件に3か月以上の継続利用が必要な場合備考欄に記載、とあるが現行の計画書には備考欄がない。新たに項目を作るべきか？

⇒新様式の特記事項欄に明記すること。

- ・リハマネ加算における医師の詳細な指示とはどの程度の詳細な内容を明記すべきか

⇒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いずれか1以上の指示を行うこと。

- ・決まった書式はあるか？

⇒新様式参照

- ・介護予防通所リハのリハマネ加算では居宅訪問が条件となっているが現在利用中の

方も新たに訪問する必要があるか？

⇒明記なし。

・介護予防のリハマネ加算の計画書の書式は介護のものと同様でよい？

⇒新様式参照

●リハマネ加算（Ⅳ）について

・VISIT のシステムはどの通所リハでも可能か？

⇒リハマネ加算Ⅲの要件に加えて、VISIT への参加登録が必要。（リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について 8 ページに該当箇所。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199137.pdf>)

・施設基準、人員要件はあるか？

⇒上記同様

・VISIT 参画によりデータ提出のみでなく「フィードバックによる計画の見直し」はどのようなことが想定されるか？

⇒具体的なフィードバックの内容については、老人保健健康増進等事業において検討を行い、2019 年度中に実施。（科学的裏付けに基づく介護に係る検討会（第 5 回）平成 30 年 3 月 9 日）

（生活行為向上リハ加算について）

・生活行為向上リハ加算の算定要件について、認定作業療法士であれば MTDLP の研修を修了していなくても条件を満たすことができるか？

⇒できない。日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修（基礎研修及び実践者研修）の修了、または、他団体が主催する生活行為向上リハビリテーション研修の受講が必要。

・生活行為向上リハ加算を取る際に、実践者研修を修了している必要があるか？

⇒日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修では、実践者研修修了が算定要件。

・PT・ST には OT の実践者研修と同様の資格があるか？

⇒日本病院施設協会・全国デイケア協会・全国老人保健施設協会主催の指定研修受講が要件。

・生活行為向上リハ加算の対象は、介護と同様に新規利用者のみと考えられるか？

⇒明記なし

・介護予防では月一回のリハ会議は行わなくてよい？

⇒明記なし

・通所リハでの短時間通所。短時間通所を行っている時間に医療保険での疾患別リハ

を算定してもよいということか？

⇒その通り。(平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) 39 ページに該当箇所。詳細条件あり。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199211.pdf>)

● 生活機能向上連携加算について

・算定要件に「医療提供施設の PT・OT・ST・医師が…」とあるが全ての職種が関わらないといけないか？

⇒「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師」と記載されている。

・訪問看護ステーション所属の作業療法士では算定できないということか？

⇒指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又は医療提供施設に限定されている。

・PT・OT・ST・医師が訪問しアセスメントを行った場合に訪問した側が算定できる加算はあるか？

⇒ない。

報酬算定は通所介護等が行い、医療提供施設等は算定を行う通所介護等と委託契約を締結し、業務に必要な費用を医療提供施設等に支払う。(平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) 18 ページ。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199211.pdf>)

・同法人の場合はどうなるのか？

⇒算定可能。(平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A (Vol. 1) 18 ページ。URL は上記と同じ)

● 介護職員処遇改善加算について

・要件を教わりたい

⇒厚生労働省 介護報酬改定に関する通知「介護職員処遇改善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」を確認のこと。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199135.pdf>

・リハ職等も処遇改善加算が取れるか？

⇒介護に携わっている実績があり、介護職員として登録されていることが必要。機能訓練指導員と介護職員との兼務での登録でも可能。どのような分配にするかは全職員に明確化して周知する必要がある。

● 訪問リハビリテーションについて

・専任の医師の配置について、どこまで医師に求められるのか？

⇒リハビリテーションマネジメント加算算定においては、毎回のリハビリテーショ

ン実施にあたり詳細な指示を行う。(平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 37 ページに関連の項目。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199211.pdf>)

- ・訪問リハ事業所に専任の常勤医師を配置してリハ計画に係る診療を行うということに対して医療機関を受診しないと確認できないことになるが訪問診療との二重評価が懸念される。訪問リハの利用者は本来外来などの通院困難であるから訪問をしているため、リハ計画に係る診療のために受診しなければならないというのは筋違いではないか？

⇒訪問リハビリテーション計画の作成にあたっては、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く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の情報提供を受けて、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。(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 10 ページに該当箇所。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199105.pdf>)

- ・医学的管理を行っている医師が「適切な研修」を修了していること、とあるが具体的には？

⇒平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) では、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位取得が挙げられている。(41 ページに該当項目。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199211.pdf>)

- ・これまでのリハ指示の実績があるだけでは不十分か？

⇒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いずれか1以上の指示を行うこと。

●医師の指示について

- ・介護保険領域であってもリハを行うのに医師の指示が必要なのはなぜか？

⇒介護保険領域で作業療法士は様々な事業に携わっているが、それらのうち、報酬を算定する職種に作業療法士の職名が記載されており、リハビリテーションの実施によって報酬を算定するものに関しては、医師の指示のもとに行う必要がある。一方、作業療法士が機能訓練指導員として携わる場合等は、医師の指示は必要ない。

●訪問看護の適正化について

- ・ 定期的な看護師の訪問評価とあるが、具体的な頻度は決まっているか？
⇒少なくとも概ね3ヶ月に1回程度。(平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) 10-11 ページに該当箇所。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199211.pdf>)
- ・ 訪問に際して准看護師での訪問でもよいか？
⇒准看護師は除く。(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17ページに記載有。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000199100.pdf>)
- ・ 他事業所の看護師が訪問している利用者でも、自事業所の看護師が定期的に訪問する必要があるか？
⇒訪問看護計画書および訪問看護報告書を看護職員と理学療法士等が連携し作成することとなっており、当該事業所の看護職員が訪問する必要がある。

◎その他

●障害福祉サービスについて

- ・ 障害福祉サービスに関してOT協会の働きかけはあったか？
⇒就労系サービスに作業療法士の配置を求め、就労移行支援事業の福祉専門職配置等加算に職名が追記された。

●生活行為申し送り表

- ・ 生活行為申し送り表は地域包括支援センターもしくは介護保険事業所へ送付されるという考えでよいか？OTからでなくPTから申し送りを受けることもあるか？
⇒あり得る。

医療介護連携のため生活行為申し送り表の活用を要望し、結果として、リハビリテーション総合実施計画書の任意項目に日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメントが明記された。リハビリテーション総合実施計画書は医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所への計画を引き継ぐ様式として用いられる。

「生活行為申し送り表」は、退院時に本人、家族、ケア提供者に在宅での過ごし方を指導する様式として、また介護支援専門員等への診療情報提供書に添付する作業療法の連携シートとして活用することができ、作業療法士だけでなく他の療法士が使用することも考えられる。