

平成30年度
下関市介護保険サービス事業者集団指導

《 個 別 編 》

11-2、12-2

(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、
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)

資 料

下関市福祉部介護保険課

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》11-2、12-2
(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、
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)

〔 目 次 〕

① 実地指導での指摘事項にはどのようなものがあるか？	1
② 訪問リハビリテーションにおける医師の配置について	6
③ 介護保険のリハビリテーションの併用について	9
④ 栄養スクリーニング加算の算定で留意すべき事項は？	12
⑤ 集合住宅減算はどのように変わるのか？	14

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》11-2、12-2
 (通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、
 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)

<p>【運営】</p>	<p>【(介護予防)通所リハビリテーションの具体的取扱方針・(介護予防)通所リハビリテーション計画の作成】</p> <p>①指定介護予防通所リハビリテーションを提供する際に、介護予防通所リハビリテーション計画が作成されておらず、介護予防サービス計画のみに基づいて提供している事例があった。なお、聴取によると、本事例は、当該介護予防サービス計画に基づいて介護予防通所リハビリテーションを提供する期間が短かったために、介護予防通所リハビリテーション計画を作成しなかったとのことであった。</p> <p>②指定(介護予防)通所リハビリテーションのサービス提供について、介護予防通所リハビリテーション計画書に係る利用者への説明、同意及び交付日がサービス提供開始後の日付になっている。</p>	<p>①指定(介護予防)通所リハビリテーションは、(介護予防)通所リハビリテーション計画に基づいて提供すること。</p> <p>なお、既に居宅(介護予防)サービス計画が作成されている場合は、(介護予防)通所リハビリテーション計画の内容が、当該居宅(介護予防)サービス計画に沿ったものとする。</p> <p>②指定(介護予防)通所リハビリテーション計画に対する同意は、当該サービス提供前もしくは提供日までに得ること。また、同意後速やかに交付すること。なおやむを得ず交付が遅れる場合は、利用者又は家族に説明を行い、口頭で同意を得るなどし、同意日等必要事項を記録しておくこと。</p>
	<p>【(介護予防)通所リハビリテーション計画】</p> <p>介護予防通所リハビリテーション計画について、以下のとおり不十分な箇所がある。</p> <p>③サービス提供期間の記載がない。</p> <p>④作成者及び説明者の記載がない。</p> <p>⑤当該計画の内容については利用者又はその家族に対して文書にて説明し、同意を得た後は当該計画を交付しているとのことであったが、交付したことが書面にて確認できない。</p>	<p>③サービス提供期間について記載すること。</p> <p>④作成者及び説明者について記載すること。</p> <p>⑤当該書面に「交付を受けました」等の文言を追記し、利用者又はその家族に対し、説明し、同意を得、交付したことが確認できる様式にすること。</p>

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》11-2、12-2
 (通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、
 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)

【 運 営 】	⑥代筆者の署名した計画書において、続柄が記載されていない事例がある。	⑥当該計画の内容については、利用者本人の同意を得る必要がある。利用者本人が署名することが困難なため代筆者が署名する場合には、利用者氏名ならびに代筆者氏名及び本人との続柄等も記載すること。
	【掲示】 ⑦貴事業所においては運営規程を掲示しているが、その記載内容に不十分な箇所がある。	⑦指定(介護予防)通所リハビリテーション事業者は、運営規程の概要、従業者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しなければならない。 利用者に対する説明責任として、重要事項説明書及び運営規程を掲示する場合は、今回の実地指導の指摘を改善のうえ、最新のものを掲示すること。 なお、重要事項説明書には運営規程の概要及び従業者の勤務の体制が含まれるため、重要事項説明書を掲示する場合は、運営規程の掲示を省略しても差し支えない。
	【緊急時等の対応】 ⑧利用者の緊急連絡先一覧に不十分な箇所があった。	⑧利用者の病状急変その他必要な場合に速やかに連絡が取れるよう、主治医及び担当介護支援専門員の連絡先を追記すること。
	【非常災害対策】 ⑨非常災害対策に関するマニュアルについて、事業所休業の判断に関する記載がない。	⑨事業所休業の判断について、マニュアルで定めておくこと。
【 報 酬 】	【入浴介助加算】 ①貴事業所では個人別記録や業務日誌等をもとにサービス提供票に実績を記載し、介護給付費等の請求を行っているとのことだが、個人別記録や業務日誌に入浴を中止した記載があるにもかかわらず、入浴介助加算の請求を行っている事例がある。	①他に同様の事例がないか過去5年の請求分について自主点検し、不適切な請求については過誤調整により自主返還を行うこと。また、今後同様の事例が発生しないよう、事業所内で確認体制の整備を行うこと。

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》11-2、12-2
 (通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、
 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)

	実地指導時の状況	指導内容
【報酬】	<p>【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)】</p> <p>②理学療法士等が、介護支援専門員を通じてその他の指定居宅サービス事業に係る従業者に対し、日常生活上の留意点等の情報を伝達しているとのことだが、当該情報の内容について記録していない。</p> <p>③新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対し、理学療法士等が、居宅訪問時に、運動機能検査等を行っているとのことだが、当該検査等の内容について記録していない。</p> <p>【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】</p> <p>④通所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ているとのことだが、そのことが書面で確認できない。</p> <p>⑤理学療法士等が、利用者への居宅訪問時に、家族に対し、介護の工夫に関する指導等に関する助言を行っているとのことだが、当該助言内容について記録していない。</p> <p>【運動器機能向上加算】</p> <p>⑥運動器機能向上計画における一部事例について、短期目標の記載欄に長期目標が誤って記載されており、当該計画書において短期目標の記載がない計画書があった。</p>	<p>②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、その他の指定居宅サービス事業に係る従業者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達した場合は、その情報を記録すること。</p> <p>③新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対し、医師又は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、当該リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行った場合は、その内容を記録すること。</p> <p>④当該計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得たことがわかる様式とすること。</p> <p>⑤理学療法士等が利用者の居宅訪問時に、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して、家族へ助言した場合は、その内容、居宅訪問日時及び訪問者を記録すること。</p> <p>⑥運動器機能向上計画は、長期及び短期目標の踏まえて作成されるものであるため、当該目標については口頭によるものではなく、書面にて明記したうえで、本加算算定に係る当該計画について利用者へ説明し同意を得ること。</p>

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》11-2、12-2
(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、
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)

【報酬】	【送迎を行わない場合の減算】 ⑦事業所が送迎を実施していない場合における減算を行っているが、当日の送迎が不要となった理由を記録していない事例がある。	⑦請求の適正化を確保し減算漏れを防ぐため、当該減算については送迎不要となった理由を記録すること。
------	--	--

② 訪問リハビリテーションにおける医師の配置について

医療から介護への円滑移行を図るため、平成30年度の介護保険制度改正により、訪問リハビリテーション事業所の医師の診療に基づいて、指定（介護予防）訪問リハビリテーション計画を作成することが原則となり、併せて指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所に専任の常勤医師1人以上の配置が必要となりました。

なお、別に厚生労働大臣が定める基準^{*}に適合している事業所において、当該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20単位の減算となります。

従前の取扱い

・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おこななければならない。



平成30年4月以降

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法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
(従前のおり)

※厚生労働大臣が定める基準

(平成27年3月23日厚生労働省告示第95号 十二の二 新設)

十二の二 指定訪問リハビリテーション事業所の医師による診療を行わずに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の減算に係る基準

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、平成30年4月1日から平成31年3月31日までの間に、イ(1)及び(3)に掲げる基準に適合する場合には、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10(20単位の減算による評価)を算定できるものとする。

Q&A

【Q1】

現在、複数の医師が利用者の診察を行っているが、専任医師の選定基準はあるのか。

【A1】

指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所においては、平成30年度より、専任の常勤医師の配置が求められることとなりました。医師の選定基準に係る介護保険上の規定はなく、法人における、訪問リハビリテーションの運営方針に基づき、選出することとなりますが、人数については1人以上の配置が求められています。またこの際、事業所である病院、診療所等の常勤医師との兼務は可能とされています。

【Q2】

専任医師の業務内容はどのようなものか。

【A2】

指定（介護予防）訪問リハビリテーション計画は、医師の診療に基づいて作成することとされておりますが、平成30年度より、この診療は、原則、指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が行うことと定められました。

したがって、当該事業所における医師の業務内容といたしましては、訪問リハビリテーション計画の作成に係る診療をはじめ、当該リハビリテーションサービスの実施に際して詳細な指示を出したり、場合によってはリハビリテーション会議への出席及び利用者又はその家族へのリハビリテーション計画の説明等、当該リハビリテーションサービスを適切に提供するための業務等が考えられます。

【Q3】

管理者と専任医師の併用は可能ですか。

【A3】

可能です。

【Q4】

管理者のように専任医師も届出が必要ですか。

【A4】

専任医師の配置や変更により、運営規程の内容（員数等）に変更があった場合は、市への変更届の提出が必要となります。

なお、下関市においては、医師等の有資格者については、入退職による交代があった場合、員数の変更がなく、運営規程の変更が生じなかった場合であっても、新たに従業者として加わったものについては、資格者証（写）を提出するようお願いしております。

③ 介護保険のリハビリテーションの併用について

1. 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の併用は可能か？

同一の疾患について「医療保険における疾患別リハビリテーション」から「介護保険におけるリハビリテーション※1」に移行した場合、「介護保険におけるリハビリテーション」の利用開始日を含む月の翌月以降は、「医療保険における疾患別リハビリテーション」を算定することは出来ません。

ただし、「医療保険における疾患別リハビリテーション」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は、円滑な移行のため、「介護保険におけるリハビリテーション」の利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能です。なお、併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、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は「医療保険における疾患別リハビリテーション」を算定することが可能となります。

※1 (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

2. 医療保険における重度認知症患者デイ・ケアと介護保険における通所リハビリテーションの併用は可能か？

「医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等※2」を算定している患者に対しては、「介護保険における通所リハビリテーション」を算定することは出来ません。

ただし、特定施設※3の入居者及びグループホーム※4の入所者以外の要介護者に対しては、「介護保険における通所リハビリテーション」を行った日以外の日に関し、「医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等」を算定することが出来ます。なお、グループホームの入所者については、日常生活自立度判定基準がランク M に該当する認知症の老人以外に対しては、「医療保険の重度認知症患者デイ・ケア料」は算定できません。

※2 医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア

※3 指定(介護予防) 特定施設入居者生活介護及び指定地域密着型特定施設入居者生活介護

※4 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設

3. 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの併用について

(介護予防) 訪問リハビリテーションは、「通院が困難な利用者」に対して給

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》11-2、12-2
(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、
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)

付することとされていますが、指定（介護予防）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（介護予防）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（介護予防）訪問リハビリテーション費を算定できます。

したがって、訪問リハビリテーションを併用する際は、定期的なアセスメントを行い、家庭内でのADLが改善される等すれば、それに併せて訪問リハビリテーションの回数を減らしていき、最終的には通所リハビリテーションに移行することが望ましいです。

【参考】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（一部抜粋）（平成18年4月28日 老老発第0428001号・保医発第0428001号）
(最終改正平成30年3月30日)

第5 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

10 リハビリテーションに関する留意事項について

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。）の利用開始日を含む月の翌月以降は、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、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、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。ただし、当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとする。

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって照会された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を越えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとみなさない。

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》11-2、12-2
(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、
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)

11 重度認知症患者デイ・ケア料等に関する留意事項について

(1) 医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（以下「重度認知症患者デイ・ケア料等」という。）を算定している患者に対しては、当該重度認知症患者デイ・ケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、要介護被保険者等である患者であって、特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設又は指定介護予防特定施設に限る。）の入居者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

(2) グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者については、医療保険の重度認知症患者デイ・ケア料は算定できないものであること。ただし、認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMに該当するものについては、この限りではないこと。

④ 栄養スクリーニング加算の算定で留意すべき事項は？

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（低栄養状態の場合にあっては低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を、介護支援専門員に提供した場合に、1回につき5単位を加算する、栄養スクリーニング加算が創設されました。

※当該利用者について、自事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合には、算定はできませんのでご注意ください。

【算定する際の留意事項】

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、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 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
 - イ BMIが18.5未満である者
 - ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
 - ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
 - ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ③ 栄養スクリーニング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で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

【関連する通知】

➤ 「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事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成18年3月31日老老発第0331009号）

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》11-2、12-2
(通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、
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)

【関連するQ&A】

〔Q〕当該利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、栄養スクリーニング加算の算定事業者をどのように判断すればよいか。

〔A〕サービス利用者が利用している各種サービスの栄養状態と関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定するものとする。

(平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) H30.3.23 [問30])

【最近の質問から】

〔問1〕記録の様式について、通知(前ページ末尾参照)にある様式「別紙1」**「栄養スクリーニング(通所・居宅)(様式例)」**を参考にと考えているが、「血清アルブミン値」については、データ取得に困難があるため、削除した様式としてもよいか。

〔答1〕使用する記録の様式については、貴見のとおり、**「別紙1」**の様式例を使用することが可能。

ただし、ご質問の項目については、当該加算に係る留意事項通知に「血清アルブミン値が3.5% / d 1以下である者」を確認するよう含まれているため、当該項目を当初より一概に省略するのではなく、都度確認に努めることは必要であると考えます。その上で、**「別紙1」**の様式例の注釈に示されているとおり、確認できない場合は空欄でも差し支えないとされているので、当該項目欄は削除せず残すこと。なお、本市の指導水準として、確認できなかった場合に空欄とするのではなく、確認できなかった旨を記載するよう、運用をお願いいたします。

〔問2〕栄養スクリーニング加算については、「当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に、栄養スクリーニング加算として1回につき5単位を所定単位数に加算する。」とあるが、「6月に1回を限度とする。」とも明記されている。当該利用者に対して、6月ごと月5単位だけ算定できるのか。それとも、6月ごと、その月の利用回数×5単位で算定できるのか。

〔答2〕本加算が算定できるのは、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行ったうえで、当該情報を担当介護支援専門員に提供した場合である。

当該利用者の利用回数に応じて算定できるものではないことに御注意いただきたい。

⑤ 集合住宅減算はどのように変わるのか？

集合住宅に居住する利用者にサービスを行った場合の算定方法の見直しが行われました。

従前の取扱い	平成30年4月以降
<p>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（<u>養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る</u>）に居住する利用者又は②同一建物（①を除く）に20人以上居住する建物の利用者に対して訪問した場合に、所定単位数の100分の90を算定する。</p>	<p>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（③を除く）に居住する利用者又は②同一建物（①を除く）に20人以上居住する建物の利用者に対して訪問した場合に、所定単位数の100分の90を算定し、③①のうち、当該建物に居住する利用者の人数が50人以上の場合に、所定単位数の100分の85を算定する。</p>

該当サービス	減算の内容	算定内容
(介護予防)訪問リハビリテーション	<p>①②10%減算 ③15%減算</p>	<p>①事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（以下、「同一敷地内建物等」という。）に居住する者（③を除く）</p> <p>【該当する例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所と同一建物の場合 ・併設している場合 ・同一の敷地内も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 <p>【該当しない例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>②上記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）</p> <p>※1)①に該当するもの以外の建物。当該建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する。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。 この場合の利用者数は、1月間(暦月)の利用者数の平均であり、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数の合計を、当該月の日数で除して得た値(小数点以下切り捨て)とする。(訪問リハビリテーション事業所においては、介護予防訪問リハビリテーション事業と一体的な運営をしている場合、その利用者も含めて計算する。)</p> <p>③同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する者</p> <p>※2)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。 この場合の利用者数の考え方は、②と同様である。</p>

【Q1】集合住宅が同一敷地内に2棟あり、それぞれ30人ずつ利用者がいる。そのうちの1棟に訪問リハビリテーション事業所が併設している。同一敷地内建物等に50人以上居住する場合の利用者数の合計は、同一敷地内にある2棟の建物の利用者数を合計するのか。それとも1棟の建物ごとに利用者数を合計するのか。

【A1】訪問リハビリテーション事業所と同一敷地内等に複数の建物がある場合は、建物ごとの利用者数による。ただし、2棟の建物が渡り廊下等でつながっており、1棟の建物等として扱われる場合には、それぞれの利用者数を合算する。

【Q2】同一敷地内建物等以外に居住する利用者等に対し訪問する場合、利用者が1月あたり20人以上の場合減算の対象となるが、算定月の前月の実績で減算の有無を判断することになるのか。

【A2】算定月の実績で判断することとなる。

※同一敷地内建物等に50人以上居住する場合においても同様。

【Q3】「同一建物に居住する利用者が1月あたり20人以上である場合の利用者数」とは、どのような者の数を指すのか。

【A3】この場合の利用者数とは、当該指定訪問リハビリテーション事業所とサービス提供契約のある利用者のうち、該当する建物に居住する者の数をいう。(サービス提供契約はあるが、当該月において、訪問リハビリテーション費の算定がなかった者を除く。)

なお、1日ごとの該当する建物に居住する利用者数の合計は、当該日に実際に援助に入った利用者の合計ではなく、当該日に当該訪問リハビリテーション事業所と契約している利用者の合計であることに注意すること。

※同一敷地内建物等に50人以上居住する場合においても同様。

【Q4】集合住宅減算について、サービス提供事業所と建物を運営する法人がそれぞれ異なる場合にはどのような取扱いとなるのか。

【A4】サービス提供事業所と建物を運営する法人が異なる場合も減算対象となる。

【留意事項】

集合住宅減算とは、事業所と有料老人ホーム等の位置関係により、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り、点在する外部利用者に訪問する場合に比べ、事業所と同じ建物に居住する利用者に訪問する場合には、訪問に係る交通費や移動時間等の手間が軽減されると想定されることから、単位数の一定割合が減算適用となるものです。

よって、有料老人ホーム等で事業所の実質的な機能を備えたまま、同一敷地等でない場所に事業所事務所を確保し、その賃料等を事業者が負担していることを以って、当該減算の対象外となるものではありません。

訪問の拠点となる、管理者やサービス提供責任者の主たる業務が行われている事務所の所在地が有料老人ホーム等とは別の場所にある場合において、訪問に係る時間や経費等の手間が生じている場合に、減算が適用されないものであることに、十分注意してください。

監査等により後日減算対象となる事例が発覚した場合、介護報酬返還等の対象となりますので御注意ください。また、事業所が減算の対象となるかどうかについて疑義がある場合は、介護保険課事業者係へ御確認ください。