

平成 30 年度診療報酬改定要約

平成 30 年度の診療報酬改定のリハビリテーションに関連する部分を要約しました。3 月 17 日の日本理学療法士協会・連盟の研修会での Q & A も本文中の掲載してあります。今後も疑義解釈等ではっきりしてくる部分もあるかと思えます。保険部では今後も情報発信していく予定ですが、各施設・各自でも情報収集をお願いします。文章中に不明な点等ありましたらお問い合わせください。

保険部長 大島 治

【在宅復帰率の見直し】

- ・急性期・一般病床 8 割以上
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料 1.2.3.4 とも 7 割以上
地域包括ケア病棟入院料 7 割以上
 - ・療養病棟
 - ・有床診療所（介護サービス提供していない施設）
 - ・介護老人保健施設 以上 3 つは今回より在宅にならない。

【地域包括ケア病棟入院料】

- ・地域包括ケア病棟入院料 1 2,738 点
- ・地域包括ケア入院管理料 1 2,738 点
- ・地域包括ケア病棟入院料 2 2,558 点
- ・地域包括ケア入院管理料 2 2,558 点
- ・地域包括ケア病棟入院料 3 2,238 点
- ・地域包括ケア病棟管理料 3 2,238 点
- ・地域包括ケア病棟入院料 4 2,038 点
- ・地位包括ケア病棟管理料 4 2,038 点

(基本部分)

- ・看護職員配置 1 3 対 1
- ・重症度、医療・看護必要度
- ・在宅復帰に係る職員の配置
- ・リハビリテーションに係る職員の配置

(加算部分)

- ・入院料 1. 2 では重症度、医療・看護必要度 10%以上、3. 4 では 8 %以上
- ・入院料 1. 2 では在宅復帰率 7 割以上
- ・入院料 1. 2 では床面積 6. 4 m²以上

(地域包括ケアに関する実績部分) (200 床未満の病院に限る)

- ・自宅等からの入棟患者の割合 (入院料・管理料 1.3 では 1 割以上)
- ・自他等からの緊急患者の受け入れ (入院料・管理料 1.3 では 3 か月で 3 人以上)

- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針

※以下①から④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること
- ②当該保険医療機関において在宅訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が3月で10回以上であること
- ④介護保険における訪問介護、訪問介護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】（6段階）

- ・回復期リハビリテーション入院料1 2,085点 実績指数37以上、
管理栄養士が総合実施計画書の作成に参画（必須）、配置に関しては努力目標
入院栄養食事指導料は別に算定できる
 - ・回復期リハビリテーション入院料2 2,025点 実績指数指定なし
 - ・回復期リハビリテーション入院料3 1,861点 実績指数30以上
 - ・回復期リハビリテーション入院料4 1,806点 実績指数指定なし
 - ・回復期リハビリテーション入院料5 1,702点 実績指数30以上
 - ・回復期リハビリテーション入院料6 1,647点 実績指数指定なし
- ・データ提出加算の届出が必要（入院料5.6では200床以上に限り届出）
 - ・休日リハビリテーション、入院料1.2では365日、3以下は休日リハビリテーション提供加算（実績部分）
 - ・重症者（日常生活機能評価10点以上）が入院料1.2では3割以上、3.4では2割以上
 - ・重症者における退院時の日常生活機能評価1.2では3割以上が4点改善、3.4では3点改善
 - ・自宅退院7割以上（入院料1.2.3.4）
 - ・実績指数入院料1は37以上、入院料3.5は30以上

※実績指数が37以上、当該医療保険機関において前月に外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施している施設においては、退院前訪問指導料の算定及び当該病棟を退院して3か月以内は在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定及び外来におけるリハビリテーションを提供可能。

Q&A 総合実施計画書（実施計画書）には回復期リハビリテーション入院料1以外でも栄養評価の項目あり考慮してほしい

実績指数 27 以下の施設においては 6 単位以上は包括
実績指数の院内表示は 3 か月ごと
実績指数の報告は年 4 回から 1 回となる
複数の回復期リハビリ病棟の混在については今後の疑義解釈で

【退院時共同指導料の見直し】

・退院時共同指導料 1

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、ST 若しくは社会福祉士と共同して文書として情報提供した場合に算定（入院中に 1 回算定、特定の患者は 2 回算定）

在宅療養支援診療所の場合 1,500 点 それ以外 900 点

・退院時共同指導料 2 400 点

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、ST 若しくは社会福祉士と訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、PT、OT、ST と共同して文書により情報提供した場合に算定。さらに退院後の在宅療養を担う、保険医、（指示を受けた看護師）歯科医師（指示を受けた歯科衛生士、）薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、PT、OT、ST 又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちのいずれは 3 者以上で共同して指導した場合は 2000 点加算する。

※退院時リハビリテーション指導料（理学療法士等が行った場合に限る）

退院時薬剤情報管理指導料（薬剤師が行った場合に限る） の二つは包括

【診療実績データの提出への評価】

急性期一般入院料 4～7、特定機能病院入院基本料（一般病棟 10 対 1） 専門病院入院基本料（10 対 1） は必須

回復期リハビリテーション病棟入院料 1.2.3.4 は必須

療養病棟入院料 1.2、回復期リハビリテーション病棟入院料 5.6 は 200 床以上の病院は必須

※経過措置あり

【早期離床・リハビリテーションの取り組みに係る評価の新設】

（新）早期離床・リハビリテーション加算 500 点（1 日）入室した日から 14 日を限度（入院料に加算）
（施設基準）

1) 特定集中治療室内に以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。当該患者が入室後 48 時間以内に関わる必要あり

1 集中治療の経験を 5 年以上有する専任の医師

2 集中治療に関する経験 5 年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師

3 特定集中治療室等を届け出ている病院において 5 年以上の経験を有する専任の常勤理学療法士及び専任の常勤作業療法士

2) 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的

に見直すこと

- 3) 心大血管外科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又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

疾患別リハビリテーション料は包括

Q & A疾患別リハビリテーションの同日算定は不可。集中治療室を退出したのちに算定可能、総合実施計画書は疾患別リハビリを開始してから算定になるだろう。ナースの研修については今後の疑義解釈で

※経過措置あり

【入院中の患者に対する褥瘡対策】（ADL維持体制加算のアウトカム指標）

- 1.入院中の新たな褥瘡発生を予防するために、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に「スキナーテア」を加える。
- 2.褥瘡ハイリスク患者ケア加算に、「皮膚に密着させる医療関連機器の長時間持続的な使用が必要であるもの」を追加する。
- 3.ADL維持向上等体制加算のアウトカム指標である院内褥瘡発生率の基準を見直す。
院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
入院患者が80人以下の場合は2人以下とする
- 4.療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

【疾患別リハビリテーションにおける算定日数上限の除外対象患者の追加】

脳血管疾患等・運動器リハビリテーション料等の算定日数の上限の除外対象患者

- ・軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症から1年以内のもの）
- ・外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後180日以内のもの） を追加

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定の患者

回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者（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患者、別の保険医療機関へ転棟した患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）

【維持期・生活期リハビリテーション介護保険への移行】

- 1.医療保険の疾患別リハビリテーションと介護保険の通所リハビリテーションを同時に実施する場合について、施設基準を緩和する。
 - (1) 以下の要件を満たしている場合、疾患別リハビリテーションの実施時間中であっても、疾患別リハビリテーションの専従の従事者が介護保険に従事しても差し支えない。
 - ア.専従の従事者以外のすべての従事者が介護保険のリハビリテーションに従事していること。
 - イ.専従の従事者が、疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯であること。
- 2.要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、介護保険の移行に係る経過措置を1年間限り延長し、平成31年4月以降、要介護被保険者等に対する疾患別リ

ハビリテーション料の算定を認めない取り扱いとする。

【医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し】

- 1) 従来のリハビリテーション総合計画提供料の評価を再編しリハビリテーション実施計画書の提供でも算定可能となるように「リハビリテーション計画提供料」を新設する。
- 2) リハビリテーション計画提供料において、介護保険リハビリテーションの利用を予定している患者について、通所リハビリテーション事業所等にリハビリテーションに係る計画書等を提供した場合の評価する。また介護保険のデータ収集等事業で活用可能な電子媒体でリハビリテーションに係る計画書を提供した場合の加算を新設する。
 - ・リハビリテーション計画提供料1 275点 (Q&A様式 21-6 を使ったもののみ適用)
脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーション料を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定しているものについて、介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書を提供した場合 (※通所リハビリ、訪問リハビリのみ)
 - ・電子化連携加算 5点
「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」で利用可能な電子媒体でリハビリテーション実施計画書等を提供した場合。
※Q&Aまだどのようなデータを送る等の一定の規格は検討中、媒体はCD, USBでもよいがメールの添付ファイルでは難しい、関連施設であってシステムで情報が見れる施設は適用外
 - ・リハビリテーション計画提供料2 100点
入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症、手術、急性増悪から14日以内に退院するものについて退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合
- 3) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設する。
 - ・リハビリテーション総合実施計画料1 300点
介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者
 - ・リハビリテーション総合実施計画料2 240点 (様式 21-6 を使うこともできる)
介護保険のリハビリテーションへ事業者への移行が見込まれる患者、標準算定日数の3分の1を超過した要介護被保険者等である患者

【脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者等の見直し】

- ・舌悪性腫瘍等の手術に伴う構音障害を有する患者を追加
- ・理学療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対しいわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価したうえで耐圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上

で座位を取らせる場合は算定できない。(脳血管疾患等、廃用症候群、運動器リハビリテーション料のみ)

【医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和】

リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする、ただし、二人以上の常勤職員を要件にしているものについては、常勤の職員が配置されているとみなすことができるのは一定の人数までに限る。

※例えば脳血管疾患等リハビリテーション料（I）については、専従の常勤理学療法士5名、常勤作業療法士3名及び常勤言語聴覚士1名のうち、常勤換算でも配置できるのは、理学療法士4名、作業療法士2名及び言語聴覚士1名までに限る。

【外来リハビリテーション診察料】

・外来リハビリテーション診察料1 172点

疾患別リハビリテーションを実施している比較的安定した患者に対して7日間に1回に限り算定。

初診料、再診料、外来診療料、外来リハビリテーション診察料2を算定しない

※疾患別リハビリテーションを1週間に2日以上提供している外来患者

・外来リハビリテーション診察料2 109点

14日に1回に限り算定

※疾患別リハビリテーションを2週間に2回以上提供している外来患者

外来リハビリテーション診察料1及び2を算定している場合は、リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ（PT, OT, ST）がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また患者の状態を観察した際に前回と比べて状態の変化が認められた場合や患者の求めがあった場合には、必要に応じて医師の診察を行うこと。

外来リハビリテーション診療料1及び2を算定する場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載すること。

【診療報酬等の一部改正】

※全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時間（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。

※医師は疾患別リハビリテーションの実施にあたってはリハビリテーションの開始及びその後3か月に1回以上、患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載すること、基準的算定に数を超えて継続的にリハビリテーションを実施する場合には、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上リハビリテーション実施計画を作成し、家族又は患者に説明の上交付する。

※時間内歩行試験（6MD）の理学療法士の算定が可能

※摂食機能療法 30 分以上の場合 185 点

（新）30 分未満の場合 130 点 脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有する者に対して脳卒中の発症から 14 日以内に限り、1 日につき算定できる。

実施にあたっては実施計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお治療開始日並びに毎回の訓練内容、訓練の開始時間及び終了時間を診療録に記載すること。

（対象）発達障害、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中による後遺症により摂食機能に障害があるもの。内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって嚥下機能の低下が・・・

※急性増悪について F I Mの低下が 10 点

難病では F I Mの低下が 5 点