

平成 30 年度介護報酬改定要約

平成 30 年度の介護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 月の新潟県及び日本理学療法士協会・連盟の研修会を中心にまとめました。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。

*基本報酬については別紙をご参照ください。すでに Q&A が出ておりますのでそちらも確認ください。

保険部長 大島 治
介護担当 深川新市

◎医療と介護の役割分担と連携

【居宅介護支援】

- ・入院時情報連携加算
 - ・入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位/月（入院後 3 日以内、提供方法は問わない）
 - ・入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位/月（入院後 7 日以内、提供方法は問わない）
- ・退院・対所加算

	カンファ無	カンファ有
・連携 1 回	450 単位	600 単位
・連携 2 回	600 単位	750 単位
・連携 3 回	無し	900 単位
- ・特定事業所加算
 - ・特定事業所加算（Ⅳ） 125 単位/月（平成 31 年度から）
 - *特定事業所加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを取得し、医療機関との連携を年 35 回以上、ターミナルケアマネ加算を年 5 回以上算定すること
 - *利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等のケアマネジャーが把握した状態等を、主治医や歯科医師、薬剤師に情報伝達を行うことを義務付ける。*状態等にリハビリも含む

◎疾患別リハビリ患者の介護保険への円滑な移行

【外来リハ、通所リハにおける要件緩和】

- ・面積要件 常時、介護保険の利用者数×3㎡以上満たす。*1H以上2H未満の通所リハ
- ・人員要件 同じ訓練室での実施は、医療保険のリハビリに従事できる
- ・器具の共有 サービス提供の時間に関わらず、医療保険・介護保険サービスでの共用可能

【リハビリ計画書の共通化（通所・訪問リハ）】

- ・医療機関からのリハビリ計画書は、内容に支障がないと判断すれば3か月間使用可能、
- ・リハビリテーション計画書は3か月ごとに作成、リハマネ加算も算定可能

◎通所・訪問リハにおける医師の関与の強化

【訪問リハビリ（算定対応は通所リハと共通）】

リハマネ加算（Ⅰ）	230 単位/月	介護予防訪問リハマネを含む
リハマネ加算（Ⅱ）	280 単位/月	PT,OT 等が説明し医師に報告
リハマネ加算（Ⅲ）	320 単位/月	医師の説明が必須
リハマネ加算（Ⅳ）	420 単位/月	個人情報以外のデータを伝送条件

【通所リハビリ（算定対応は訪問リハと共通）】

リハマネ加算（Ⅰ）	330 単位/月	介護予防通所リハマネを含む
リハマネ加算（Ⅱ）	850 単位/月	6 月以降 530 単位
リハマネ加算（Ⅲ）	1120 単位/月	6 月以降 800 単位
リハマネ加算（Ⅳ）	1220 単位/月	6 月以降 900 単位

【訪問リハビリにおける医師の診療】

通常の医師が診療を行う場合	290 単位/回
事業所の医師が診療しない場合	270 単位/回（依頼医師の適切な研修の終了が必要）

◎介護予防訪問リハビリにおけるアウトカム評価

【事業所評価加算】 120 単位/月（要支援状態の維持・改善を評価）

（基準）（平成 30 年度のみの特例処置あり）（平成 31 年から算定開始）

- ・評価対象期間 前年の 1 年間
- ・定員利用・人員基準に適合し都道府県知事に届け出しリハマネ加算を算定している
- ・利用実人数が 10 名以上
- ・利用実人数の 60%以上にリハマネ加算を算定している
- ・（要支援状態の維持者数+改善者数×2）÷（評価対象期間内にリハマネ加算を 3 か月以上算定し、その後更新・変更認定を受けた者の数≥0.7）

◎介護予防通所リハビリにおけるアウトカム評価

【生活行為向上リハビリ実施加算】

3 か月以内 900 単位/月

3 か月超、6 か月以内 450 単位/月

*当該加算算定後に継続利用の場合は 6 か月間に限り 100 分の 15 を所定単位数から減算する

（基準）

- ・専門的な知識、経験、または研修を修了したリハ PT,OT,ST の配置、
- ・目標を踏まえた頻度、場所、時間記載のリハビリ実施計画を定めてリハを提供
- ・当確計画を定めた期間中にリハ提供終了 1 か月以内にリハ会議を開催し目標の達成状況を報告、
- ・リハマネ加算を算定している

◎外部のリハビリ専門職との連携の推進

【生活機能向上連携加算】

(訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護が対象)

- ・生活機能向上連携加算Ⅰ 100 単位/月

(外部のリハ専門職の助言を受けて介護計画を作成、利用者の状態を把握し ICT を活用して定期的に行うこと)

- ・生活機能向上連携加算Ⅱ 200 単位/月

(リハ専門職や医師が利用者宅を訪問して行う場合)

【生活機能向上連携加算】

(通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設が対象)

- ・生活機能向上連携加算 200 単位/月

(外部のリハ専門職や医師が通所介護事業所を訪問し共同して個別機能訓練計画を作成する)

* 個別機能訓練加算を算定している場合は 100 単位/月

【訪問介護における身体介護と生活援助】

- ・身体介護中心型

20 分未満 165 単位

20 分以上 30 分未満 248 単位

30 分以上 1 時間未満 394 単位

1 時間以上 1 時間 30 分未満 575 単位

意向 0 分増すことに算定 83 単位

- ・生活援助中心型

20 分以上 45 分未満 181 単位

45 分以上 223 単位

◎通所介護への心身機能維持に係るアウトカム評価

【ADL 維持等加算】

* (要件を満たす事業所の利用者全員に、評価機関終了後の 1 年間算定を認める。評価機関に連続して 6 か月以上利用した要介護者の集団について、以下の要件を満たすこと)

①総数が 20 名以上であること

②①について以下の要件を満たすこと

A 評価対象期間の最初の月に要介護度が 3、4、5 の利用者が 15%以上含まれる

B 初回の要介護・要支援認定の月から 12 か月以内のものが 15%以下であること

C 評価対象期間の最初の月と、6 か月目に、BI を測定し、結果の報告者が 90%であること

D C の要件を満たす者の内 ADL 利得が上位 85%のものについて、利得が 0 より大きいければ

1、小さければ-1、0 ならば 0 として合計したものが 0 以上であること

- ・ADL 維持等加算 (Ⅰ) 3 単位/月

- ・ADL 維持等加算 (Ⅱ) 6 単位/月 (評価期間終了後も BI を測定し報告した場合)

◎褥瘡の発生予防と排泄に介護を要する利用者への支援

【褥瘡マネジメント加算】（介護老人福祉・保健施設で算定）

- ・褥瘡マネジメント加算 10 単位/月（3 月に 1 回を限度）
（入所者全員に対する要件）
- ・モニタリング指標を用いて 3 か月に 1 回評価を行い結果の提出
（褥瘡発生リスクがある入所者への要件）
- ・関連職種が共同して褥瘡ケア計画を作成
- ・褥瘡ケア計画に基づき褥瘡管理を実施
- ・評価に基づき 3 か月に 1 回褥瘡ケア計画を見直す

【排せつ支援加算】（各種の施設で算定）

- ・排せつ支援加算 100 単位/月（6 か月間の算定）

基準

- ・排せつの要介護状態が軽減できると医師や看護師が判断し利用者も希望した場合、多職種で排泄に係る各種ガイドラインを参考にして
- ・排せつの介護を要する原因の分析、
- ・結果を踏まえた支援計画の作成と支援を実施する

◎通所リハビリにおけるリハビリ提供体制加算（介護予防通所は含まない）

基準

- ・リハマネ加算のいずれかを算定していること、常時、事業所に配置されている PT,OT,ST が利用者の数の 25 対 1 以上であること）

- ・リハビリテーション提供体制加算

3 時間以上 4 時間未満	12 単位/回
4 時間以上 5 時間未満	16 単位/回
5 時間以上 6 時間未満	20 単位/回
6 時間以上 7 時間未満	24 単位/回
7 時間以上	28 単位/回

◎介護老人保健施設の在宅復帰に対する評価

- 在宅復帰在宅療養支援機能加算（Ⅰ） 34 単位/日（基本型のみ）
- 在宅復帰在宅療養支援機能加算（Ⅱ） 46 単位/日（在宅強化型のみ）

◎訪問看護ステーションにおける訪問看護師との連携

- ・訪問看護 296 単位/回
- ・介護予防訪問看護 286 単位/回

*利用者の情報を看護師と共有し看護計画書や報告書を連携して作成、利用開始時や状態の変化時、看護師の定期的（3 か月）な訪問が必要