

個別事項(その1) 疾患別リハビリテーション

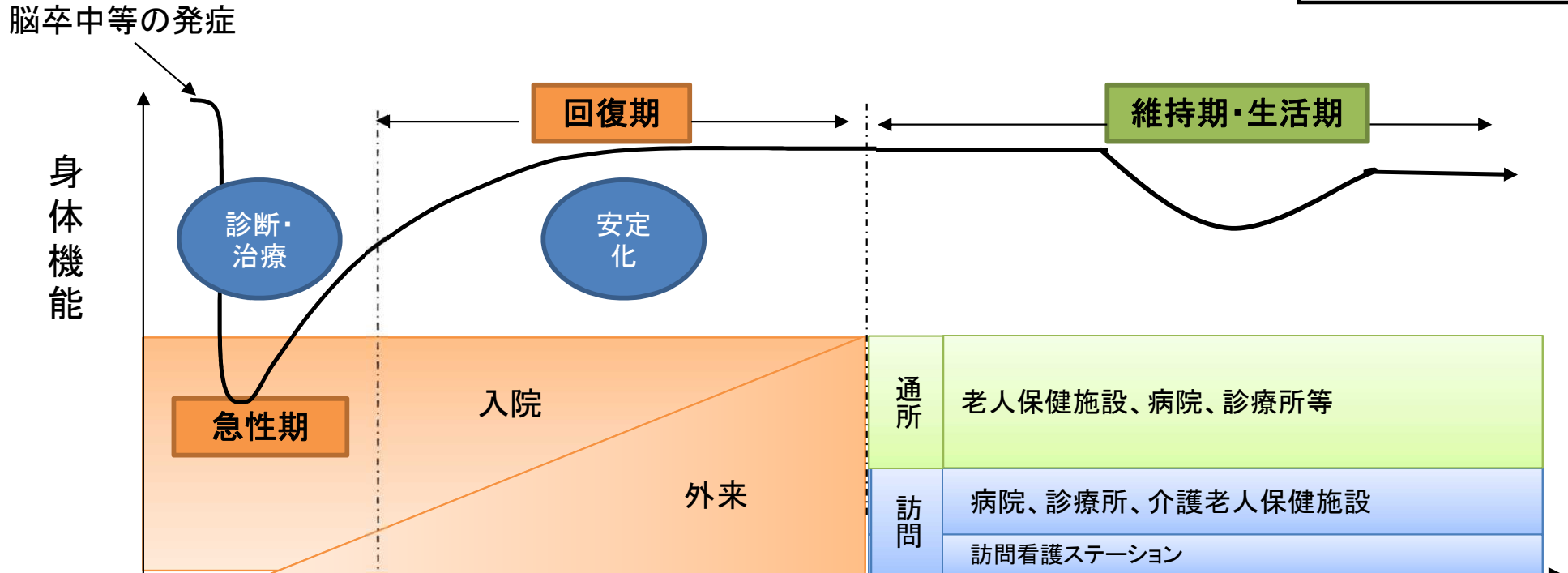
平成29年9月13日

個別事項(その1) 疾患別リハビリテーション

1. 維持期・生活期のリハビリテーションについて

2. リハビリテーションに係る情報共有について

リハビリテーションの役割分担



役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

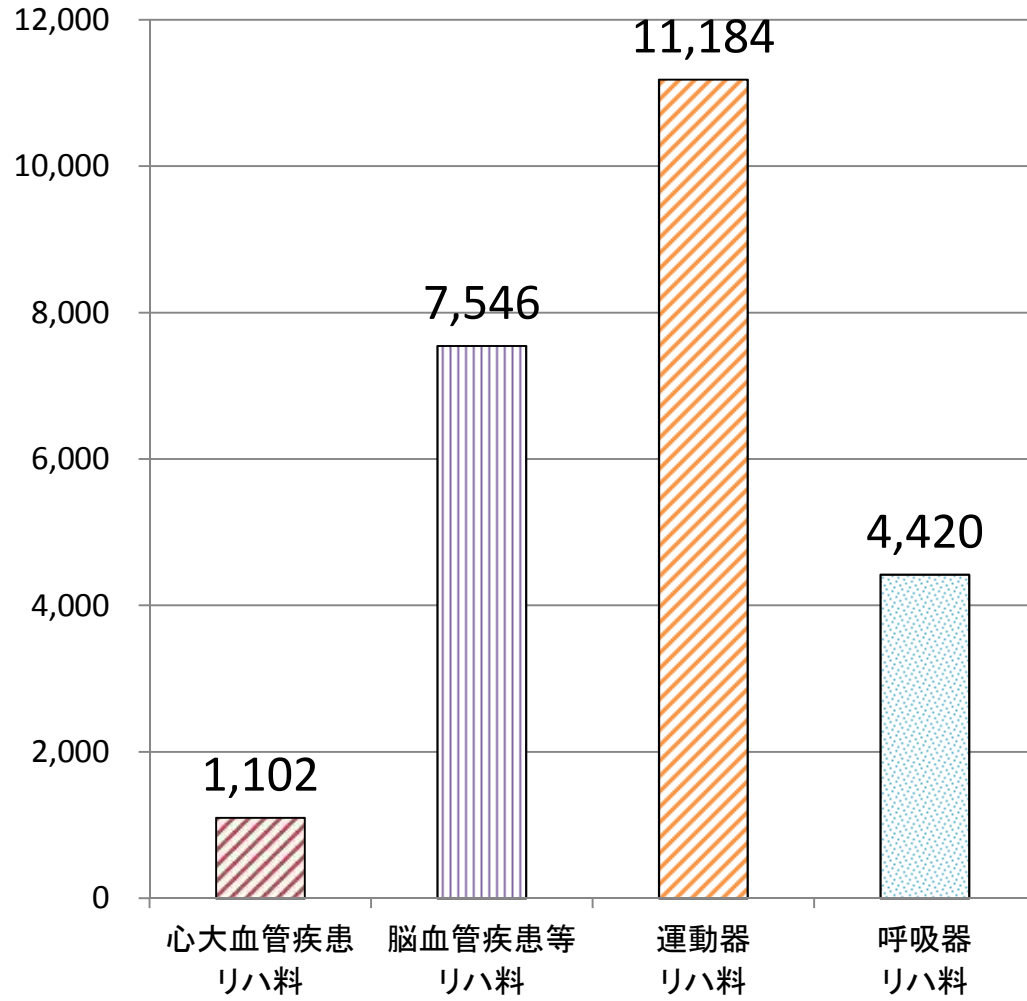
医療保険の疾患別リハビリテーションの概要

		脳血管疾患等(Ⅰ)	脳血管疾患等(Ⅱ)	脳血管疾患等(Ⅲ)
設備	機能 訓練室	160㎡以上	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)
人員配置	医師	専任の常勤医:2名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT:5名↑ ②専従常勤OT:3名↑ ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名↑ ①～③の合計:10名↑	①専従常勤PT:1名↑ ②専従常勤OT:1名↑ ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名↑ ①～③の合計:4名↑	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名↑
—	点数	245点	200点	100点
—	標準的算定日数	180日		
—	対象患者	脳血管疾患、脳腫瘍等の中樞神経疾患、パーキンソン病等の慢性の神経筋疾患、高次脳機能障害 等の患者		

		運動器(Ⅰ)	運動器(Ⅱ)	運動器(Ⅲ)
設備	機能 訓練室	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	45㎡以上
人員配置	医師	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT ②専従常勤OT ①②の合計:4名↑	以下のいずれかを満たしていること。 ア 専従常勤PT:2名↑ イ 専従常勤OT:2名↑ ウ 合計:2名↑	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名↑
—	点数	185点	170点	85点
—	標準的算定日数	150日		
—	対象患者	・上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者 ・関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により一定程度以上の運動機能等の低下を来している患者		

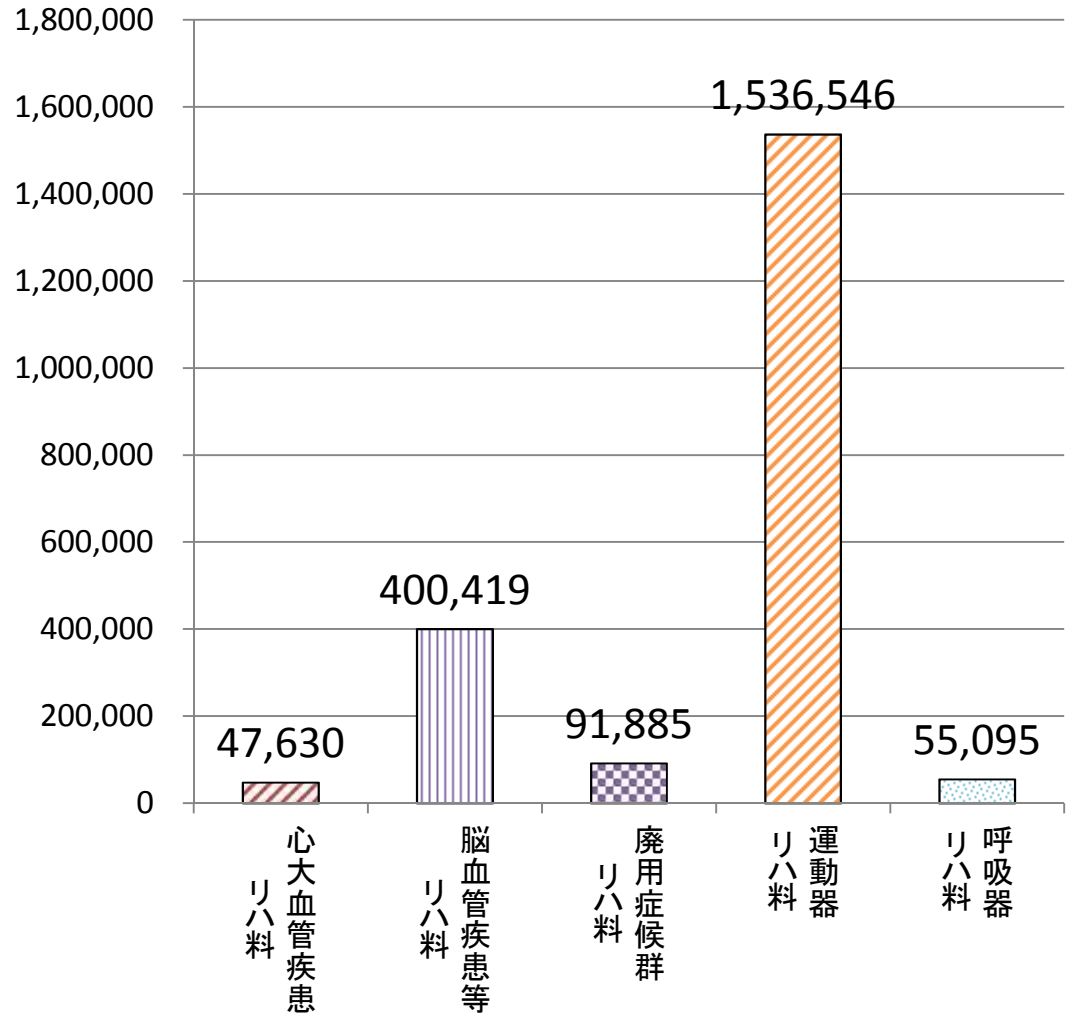
疾患別リハビリテーション料の施設基準届出数・月あたり算定件数

疾患別リハ料の施設基準届出数



出典：保険局医療課調べ(平成27年7月1日時点)

疾患別リハ料の月あたり算定件数



出典：平成28年社会医療診療行為別統計
(平成28年6月審査分)

維持期・生活期リハビリテーションの介護保険への移行に係る検討経緯

維持期・生活期リハビリテーションの介護保険への移行は、累次の診療報酬改定に係る議論において提案されたが、その都度、経過措置が延長されてきた。

平成18年診療報酬改定

疾患別リハビリテーション料の創設。リハビリの対象疾患別に標準的算定日数を設定。

平成21年11月18日 第148回基本問題小委員会「平成24年度改定まで延長」

- ・(事務局資料)平成21年度介護報酬改定を踏まえ、維持期のリハビリテーションについて診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- ・(1号委員発言趣旨)医療保険のリハビリと介護保険のリハビリが同じ条件でできるようにしないと移行は進まない。
- ・(2号委員発言趣旨)状態の維持を目的とする場合、本来は介護保険で見べきところを暫定的に診療報酬で見ているが、**平成24年度の診療報酬・介護報酬同時改定まで**は維持期のリハを診療報酬でも続けざるを得ない。

平成23年12月7日 第211回総会「平成26年度改定まで再延長」

- ・(事務局資料)医療と介護の役割分担を勘案し、維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、医療から介護へ円滑な移行を促進する措置を講じながら、維持期にふさわしい評価とするとともに、要介護認定者に対するこれらは**原則次回(注:平成26年度)改定まで**とするが、次回改定時に介護サービスの充実状況等を確認することとしてはどうか。
- ・(2号委員発言趣旨)回復が見込まれる方、介護保険対象とならない方は、引き続き医療保険でリハビリテーションが受けられるということを担保することが必要。

平成25年12月4日 第262回総会「平成28年度改定まで再々延長」

- ・(事務局資料)医療保険での維持期リハビリテーションに一定のニーズが未だあることを踏まえると、**経過措置を延長する必要がある**のではないかと。
- ・(2号委員発言趣旨)現実的に経過措置の延長は必要。介護へ移行できない理由として、心理的抵抗感が大きいからということが挙げられているが、それだけではないということを理解する必要がある。
- ・(1号委員発言趣旨)移行が現状から見て難しいということで、若干やむを得ないと思うが、現状追認でやむを得ないということを繰り返していくと、そのうち、收拾が付かなくなるのではないかと危惧している。

維持期リハビリテーションの評価

- 要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションの評価の見直しを行い、維持期のリハビリテーション※について医療と介護の役割分担を明確化する。

※標準的算定日数を超えた患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断されないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

【現行】 <要介護被保険者等に対するリハビリテーション料>

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	245点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	200点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	175点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	165点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点



脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>221点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>90点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>158点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>149点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーションは原則として平成26年3月31日までとする。(次回改定時に介護サービスにおける充実状況等を確認する)

平成26年度改定における維持期リハビリテーションの介護保険への移行促進等の取組

① 維持期のリハビリテーションの評価の見直し

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	221点	➔ 介護保険の 通所リハビ リテーション 等の実績が ない場合	199点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	180点		162点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	90点		81点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	163点		147点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	154点		139点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	85点		77点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

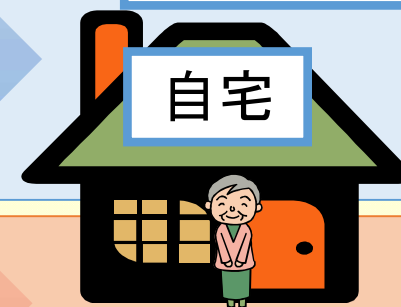
③ 介護保険リハビリテーション移行支援料

500点 (患者1人につき1回限り)



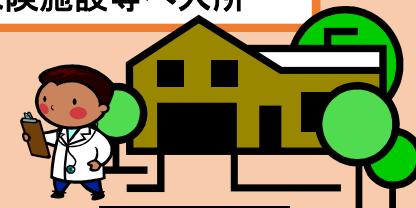
介護保険における
通所リハビリテーション等
訪問リハビリテーション等
の利用

介護保険の
リハビリテーションへ
の移行支援



介護保険における
居宅サービス等
(リハビリテーションを含む)
の利用

介護保険施設等へ入所



自院



通所リハビリテーション等
の提供促進

外来患者



入院患者



退院後、より適切な介護
サービスへ

(参考)
介護支援連携指導料

300点 (入院中2回)

② 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、この経過措置を平成28年3月31日までに限り延長する。ただし、入院患者については、期限を設けずに維持期のリハビリテーションの対象患者とし、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できる。

質の高いリハビリテーションの評価等⑤

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

- 医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。
- 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設する。

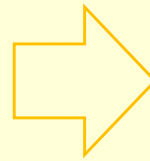
現行

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料

本則の100分の90に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合

所定点数の100分の90に減算



改定後

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※)

本則の100分の60に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合(※)

所定点数の100分の80に減算

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

(新) 目標設定等支援・管理料

1 初回の場合 **250点**

2 2回目以降の場合 **100点**

[算定要件等]

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。

標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

発症等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について ～脳血管リハビリテーション料（I）の場合～

		発症等 ～180日	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	245点 (月13単位まで)
	移行可能		
対象	要介護被保険者 以外	147点 (月13単位まで)	
	要介護被保険者		

標準的算定日数を超えた場合の点数

標準的算定日数を超えた場合の疾患別リハビリテーション料の点数について ～脳血管リハビリテーション料（Ⅰ）の場合～

		要介護被保険者	
		非該当	該当
標準的算定日数の上限	除外		245点
	対象	245点 (月13単位まで)	147点 (月13単位まで)



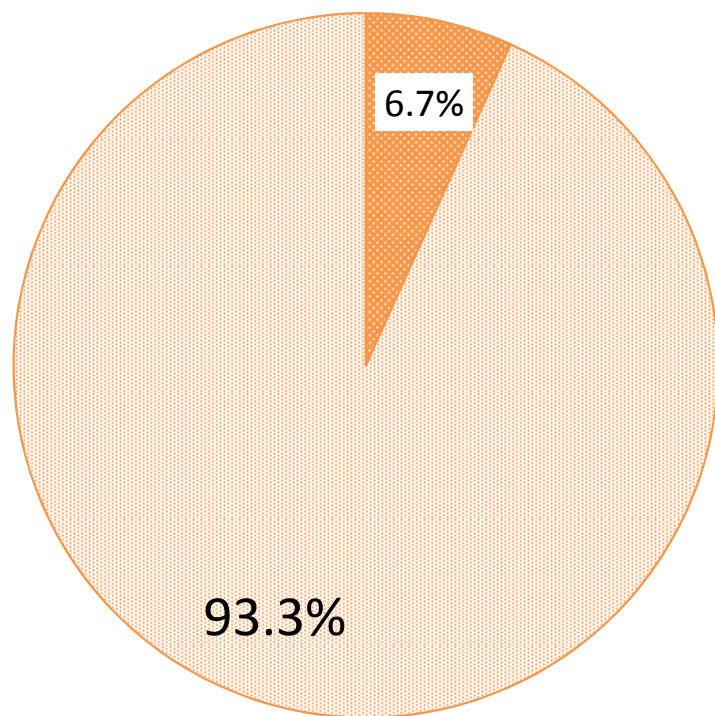
平成29年度末までに、原則として、介護保険に移行する方針

標準的算定日数を超過した要介護被保険者等による 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定状況

○ 脳血管疾患等リハビリテーション料(※)の算定回数のうち、約7%が、標準的算定日数を超えた要介護被保険者等が算定する点数だった。

(※) 廃用症候群リハビリテーション料含む。

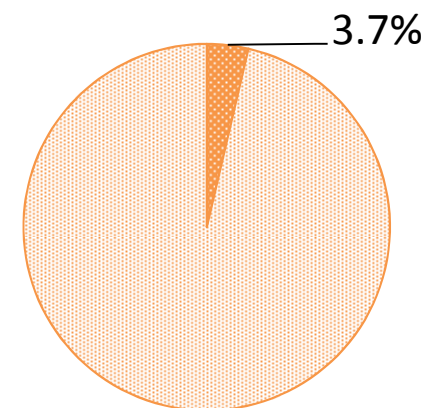
入院外の脳血管疾患等リハ料の算定回数
(総数)



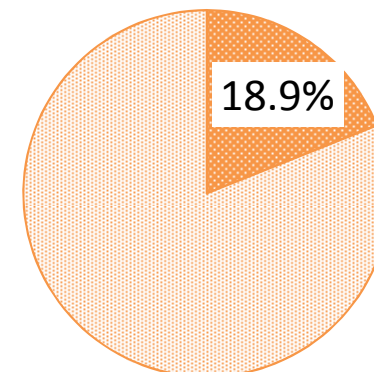
- 標準的算定日数を超えた要介護被保険者等
- その他

(注) 標準的算定日数の上限の除外対象となる要介護被保険者は「その他」に含まれる。

入院外の脳血管疾患等リハ料の算定回数
(一般医療分)



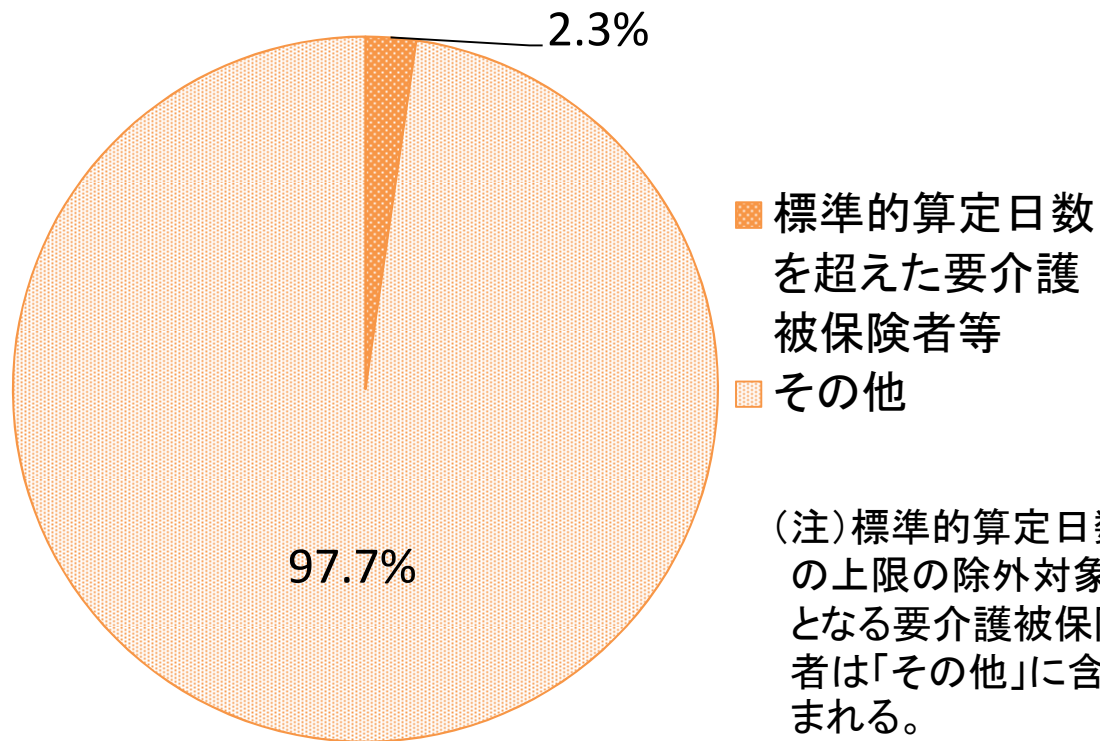
入院外の脳血管疾患等リハ料の算定回数
(後期医療分)



標準的算定日数を超過した要介護被保険者等による 運動器リハビリテーション料の算定状況

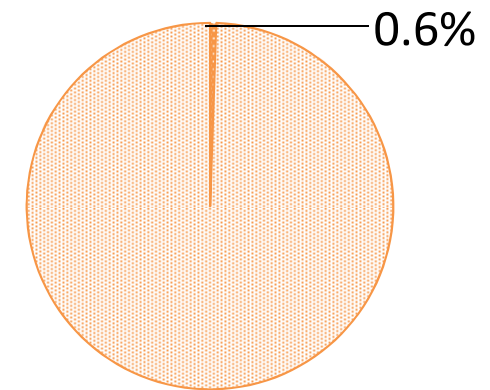
- 運動器リハビリテーション料の算定回数のうち、約2%が、標準的算定日数を越えた要介護被保険者等が算定する点数だった。

入院外の運動器リハ料の算定回数
(総数)

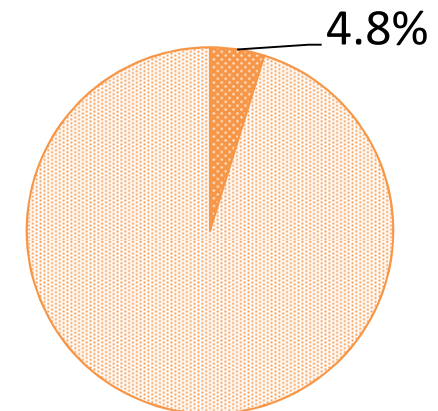


(注)標準的算定日数の上限の除外対象となる要介護被保険者は「その他」に含まれる。

入院外の運動器リハ料の算定回数
(一般医療分)



入院外の運動器リハ料の算定回数
(後期医療分)



標準的算定日数を超過した要介護被保険者等による疾患別リハビリ料の状況 (まとめ)

脳血管疾患等リハビリテーション料や運動器リハビリテーション料等を算定した患者の2～3%が、標準的算定日数を超過した要介護被保険者等が算定する点数を算定していた。

上段：算定件数(全体に占める割合)
下段：算定回数(全体に占める割合)

	入院外レセプト(総数)		入院外レセプト(後期高齢者医療)	
	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に対する点数	その他(※)	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に対する点数	その他(※)
脳血管疾患等リハ料等	10,202 (5.8%) 73,542 (6.7%)	166,335 (94.2%) 1,017,466 (93.3%)	5,931 (21.1%) 41,581 (18.9%)	22,227 (78.9%) 177,943 (81.1%)
運動器リハ料	24,571 (1.9%) 141,146 (2.3%)	1,250,518 (98.1%) 5,988,969 (97.7%)	21,121 (4.6%) 121,176 (4.8%)	437,002 (95.4%) 2,414,181 (95.2%)
計	34,773 (2.4%) 214,688 (3.0%)	1,416,853 (97.6%) 7,006,435 (97.0%)	27,052 (5.6%) 162,757 (5.9%)	459,229 (94.4%) 2,592,124 (94.1%)

(※)標準的算定日数の上限の除外対象となる要介護被保険者を含む。

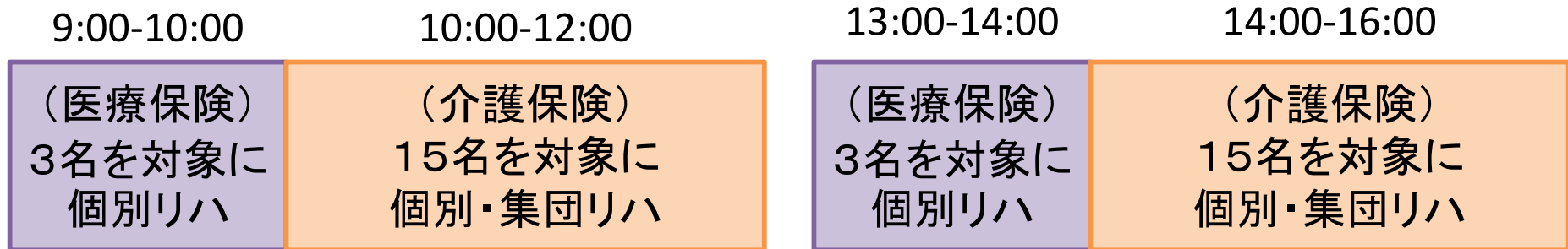
出典：平成28年度社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分)

同一の施設で医療保険の外来リハと介護保険のリハ（通所リハ）の両方を行っている施設の例

- 同一の施設において、同一の日に、医療保険の外来リハと介護保険のリハを両方とも実施可能としている。

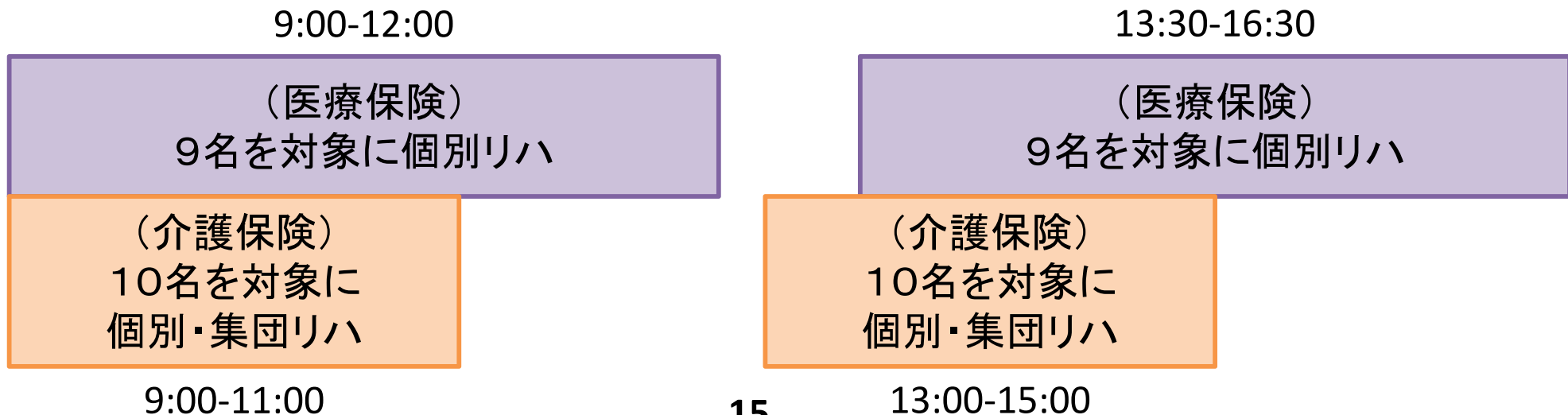
事例1:

45m²のスペース、PT/OT/ST各1名、看護師1名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを交互に実施



事例2:

75m²のスペース、PT/OT/ST各2名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを並行して実施



医療保険と介護保険のリハビリテーションの施設基準について

- 医療保険の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同時に行う場合、双方の施設基準を満たす従事者の配置が必要なため、どちらか一方のみを実施している場合よりも加配が必要になる場合がある等の課題がある。

	医療保険の脳血管疾患等リハの施設基準	介護保険の通所リハの施設基準	課題
機能 訓練室	(Ⅰ)160㎡以上 (Ⅱ)100㎡以上 (Ⅲ)100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	3㎡×定員以上	○疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時に同じ場所で行う場合に、「(疾患別リハの患者数+通所リハの利用者数)×3㎡」の面積基準を満たすように定員数を制限しなくてはならない。
リハビリ 実施中 の 従事者 の配置	患者とPT等:1対1で実施 施設基準: (Ⅰ)専従常勤PT:5名以上、専従常勤OT: 3名以上、言語聴覚療法を行う場合専従 常勤ST:1名以上(合計10名以上) (Ⅱ)専従常勤PT:1名以上、専従常勤OT: 1名以上、言語聴覚療法を行う場合専従 常勤ST:1名以上(合計4名以上) (Ⅲ)専従常勤PT、OT、STのいずれかが1 名以上	利用者と、PT等・看護職員・介護 職員: 10対1で実施、うち利用 者と、PT等は100対1	○疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時に同じ場所で行う場合に、それぞれの実施人数にかかわらず、双方の施設基準をみたすリハビリテーション従事者の配置が必要である。
機械・ 器具	測定用器具、血圧計、平行棒、姿勢矯正 用鏡 等	必要な器具を設置	○疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同時に同じ場所で行う場合に、1～2時間の通所リハビリテーション以外では機器及び器具の共用ができない。

個別事項(その1) 疾患別リハビリテーション

1. 維持期・生活期のリハビリテーションについて

2. リハビリテーションに係る情報共有について

リハビリテーション実施計画に含まれる患者の情報

- 疾患別リハビリテーションの実施に当たって作成することとされているリハビリテーション実施計画書のうち、多くの情報が介護保険でリハビリテーションを実施する際に作成する計画書でも記載することとされている。

	医療保険の計画書のみ記載	医療保険と介護保険双方の計画書で記載	介護保険の計画書のみ記載
診断と治療の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・手術日 ・治療法(術式) ・冠危険因子 ・活動時のリスク ・標準体重、現在の体重、BMI ・目標血圧、現在の血圧 ・血液検査結果 ・心機能 	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢 ・要介護度 ・入院日 ・計画評価実施日(開始日)、作成日 ・見直し予定時期 ・診断名、障害名・原因疾患、経過 ・合併症・コントロール状況(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・直近の退院日 ・廃用症候群の有無
評価・結果	<ul style="list-style-type: none"> ・職業 ・社会復帰 ・日常生活自立度 ・認知症である高齢者の日常生活自立度 ・前回計画書作成時からの改善・変化等 	<ul style="list-style-type: none"> ・心身機能・構造 ・活動(ADL) ・社会参加(支援評価)、社会地域活動(内容・頻度等、発症前状況を含む) ・環境因子の評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭内の役割の内容 ・余暇活動 ・現在の生活状況 ・これまでの支援内容に対する評価
リハビリの目標・方針	<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防の必要性と取組 ・本人に行ってもらいたいこと ・家族にお願いしたいこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活目標 ・リハビリテーションプログラム(自己訓練) ・本人・家族のリハビリの希望(目標) ・リハの実施方針(具体的支援内容。頻度、時間、訪問の必要性)、リハ実施上の留意点 ・リハ終了の目安・期間 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画の総合的援助の方針、居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題 ・医師の指示 ・通所リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組 ・活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析 ・他の利用サービス ・サービス提供中の職種別の具体的対応、他の担当者と共有すべき事項

医療機関から介護保険のリハビリ事業所との情報共有

- 医療保険のリハビリテーションから、介護保険のリハビリテーションに移行する患者の診療情報の提供については、居宅介護支援事業所への情報提供について診療情報提供料（I）を算定可能としているが、現在使用することとされている様式に、リハビリテーションに係る情報は含まれていない。
- 保険医療機関から通所リハビリ事業所・訪問リハビリ事業所への直接の情報提供については、診療報酬上、特段の評価が設けられていない。

<保険医療機関から介護サービス事業所・施設への情報提供の内容と取扱い>

宛先	提供する診療情報の内容	診療情報提供料（I）	
居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・患者氏名、性別、生年月日、年齢、職業、住所、電話番号 ・診療形態 ・情報提供回数、情報提供の目的 ・傷病名、発症年月日、受診年月日、初発/再発、生活機能低下の原因 ・その他の傷病名 ・傷病の経過及び治療状況 ・日常生活活動（ADL）の状況 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害高齢者の生活自立度 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ・（入院患者の場合）入院日、退院日 ・病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等、訪問診療の有無、訪問看護の有無 <ul style="list-style-type: none"> ・必要と考える保健福祉サービスの内容等 ・必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等 ・家庭環境等（必要がある場合） 	算定可能
介護老人保健施設	<ul style="list-style-type: none"> ・患者氏名、性別、生年月日、年齢 ・病名、現症、所見及び診断 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の診療に関する情報 	算定可能
通所リハビリ事業所・訪問リハビリ事業所	(医療保険でのリハビリテーションの実施状況等に関する情報)	特段の評価なし	

リハビリテーションの医学管理を目的とした計画書等について

- リハビリテーションの実施やそれに関係する加算の算定に当たっては、医療保険、介護保険とも、計画書等の文書の作成が求められる。その内容には、患者・利用者の現状の評価、リハビリテーションの目標等が含まれ、実質的に共通する部分が相当程度ある。
- しかしながら、医療保険と介護保険の間で様式の互換性が乏しいため、患者が医療保険から介護保険へ移行するにあたり、これらの情報の引き継ぎが円滑に行われにくい。

(例)

医療保険 疾患別リハビリ

目標設定等支援・管理料
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：これまでの経過、現在の機能、心身機能・活動・社会参加に係る患者の目標、目標に関する今後の見通しと患者の受け止め 等

介護保険 通所リハビリ

リハビリテーションマネジメント加算
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：これまでの経過、現在の心身機能・活動・社会参加の状況、リハビリテーションの目標とそれに向けた具体的支援内容、利用者と家族の希望等

医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見【概要版】（抜粋）

テーマ3:リハビリテーション

急性期や回復期のリハビリテーションにおいて、目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションをより一層推進することについて

- 急性期・回復期・維持期・生活期というリハビリテーションの流れを考えると、急性期の時から、生活上の目標設定の視点に基づくリハビリテーションを進めることが重要。
- 患者が自宅に帰った後までを想定した目標設定をするためには、急性期のリハビリテーションを担っている病院における多職種カンファレンスが重要。

疾患別リハビリテーションの維持期における介護保険への円滑な移行を含め、医療と介護との間で切れ目のない継続的なリハビリテーションを効果的に提供することについて

- 介護保険に移行できる人はできるだけ移行するとともに医療保険でのリハビリテーションが必要な人は引き続き残れるよう、標準的算定日数を超過して医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている要介護被保険者の状態を明らかにする必要がある。
- 10年近く維持期のリハビリテーションの介護への移行が延期されているが、次回改定は医療と介護の同時改定であり、円滑に介護保険に移行するための絶好の機会。
- 医療保険から介護保険に紹介がある場合、FIMデータばかりで活動と参加に関するデータがないのが現状。情報共有の際、身体能力等について共通した項目があったほうがいいが、まずは活動と参加の状況について、医療と介護の共通の項目を作るべき。

医療と介護の連携・移行をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおける実施計画書等の在り方について

- 施設基準や要件のさらなる緩和やリハビリテーションにおける実施計画書等の共通化による情報共有等、非効率な運用を改善する必要がある。
- 医療と介護のリハビリテーションにおける実施計画書等は、互換性を持たせて、情報の引き継ぎが円滑にいくように検討していくべき。

個別事項(その1)【疾患別リハビリテーション】の課題(案)

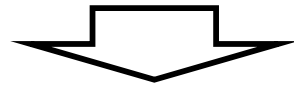
【課題】

【維持期・生活期のリハビリテーション】

- ・ 平成18年に疾患別リハビリテーション料が創設されて以降、対象疾患別に標準的算定日数が設けられた。標準的算定日数上限の除外対象疾患以外で、要介護被保険者等に対して標準的算定日数を超えてリハビリテーション(維持期・生活期のリハビリテーション)を提供する場合には、原則として、平成29年度末までに、介護保険に移行することとされている。
- ・ 標準的算定日数を超過した要介護被保険者等の疾患別リハビリテーションの算定状況をみると、入院外の脳血管疾患等リハビリテーション料の算定回数うちの約7%、入院外の運動器リハビリテーション料の算定回数のうちの約2%であった。
- ・ 医療保険の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同時に行う場合、双方の施設基準を満たす従事者の配置が必要なため、どちらか一方のみを実施している場合よりも加配が必要になる場合がある等の課題がある。

【リハビリテーションに係る情報共有】

- ・ 医療保険のリハビリテーションの実施に当たって作成する計画書に記載する内容のうち、多くの情報が、介護保険のリハビリテーションの実施に当たって作成する計画書でも記載することとされている。
- ・ 保険医療機関から居宅介護支援事業所等への情報提供は、診療情報提供料(I)の評価の対象となっているが、保険医療機関から通所リハビリテーション事業所等への直接の情報提供については、診療報酬上、特段の評価が設けられていない。



- 維持期・生活期のリハビリテーションについては、平成29年度末までに原則として介護保険に移行する方針となっており、それらの患者の状態や要介護度等の詳細に関する調査結果を踏まえて、必要な見直しを検討してはどうか。
- 疾患別リハビリテーションの計画書については、介護保険のリハビリテーション事業所でも有用に活用できるよう、様式や取扱いを見直してはどうか。