

訪問リハビリテーション (参考資料)

訪問リハビリテーションの概要・基準

定義

居宅要介護者について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション

必要となる人員・設備等

訪問リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	適当数置かなければならない。
-------------------------	----------------

※ 訪問リハビリテーション事業所としての医師の配置は規定されていないが、訪問リハビリテーション事業所は病院、診療所または介護老人保健施設であるため、運営上、医師の関与が前提とされている。

・設備基準

設備及び備品	病院、診療所又は介護老人保健施設であること。
	指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの。

訪問リハビリテーションの報酬

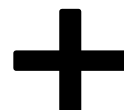
指定訪問リハビリテーション、指定介護予防訪問リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

※ 加算・減算は主なものを記載

サービスの提供回数に応じた基本サービス費

1回（20分以上）：302単位

40分連続してサービスを提供した場合は、
2回として算定可能、1週に6回を限度



利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

短期集中リハビリテーション加算：200単位/日

・認定日又は退院（退所）日から3月以内

リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ：60単位/月

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ：150単位/月

社会参加支援加算：17単位/日

介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置

（サービス提供体制強化加算）：6単位/回

・3年以上の勤続年数のある者が配置されていること

事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合（▲10%）

訪問リハビリテーションの対象者

告示「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」

訪問リハビリテーション費

注1 通院が困難な者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この号において「理学療法士等」という。）が、計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。

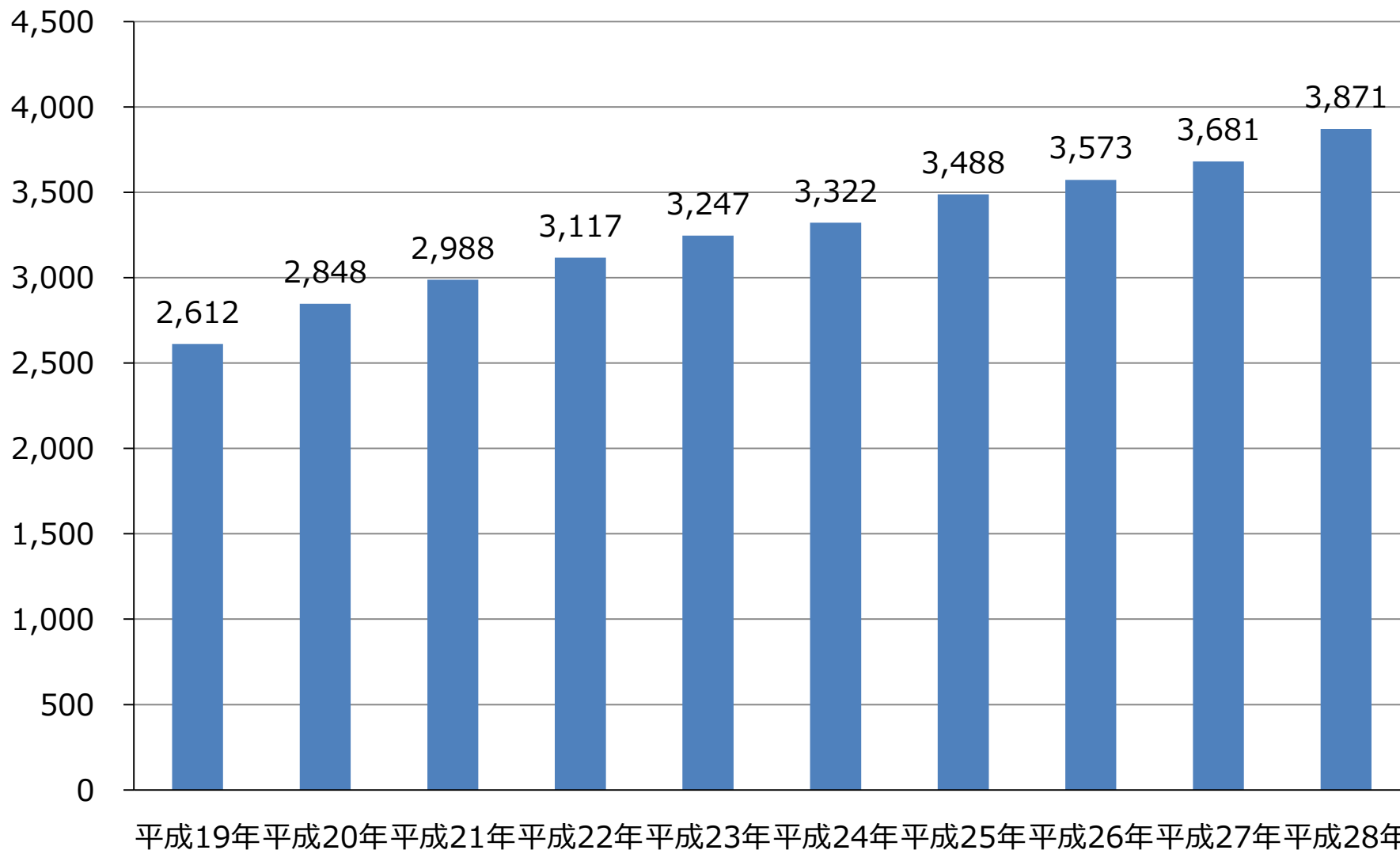
通知「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

訪問リハビリテーション費

(3)「通院が困難な利用者」について

訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、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訪問リハビリテーション費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである。

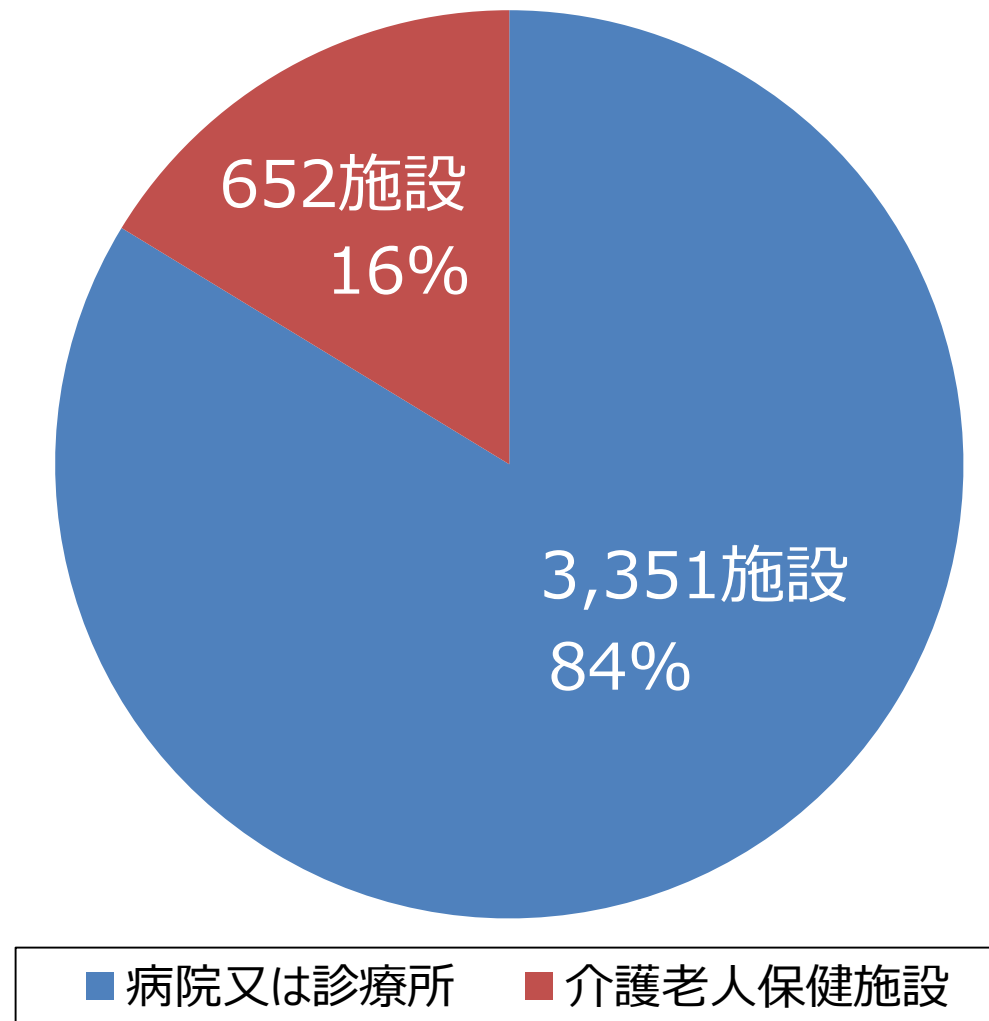
訪問リハビリテーションの請求事業所数



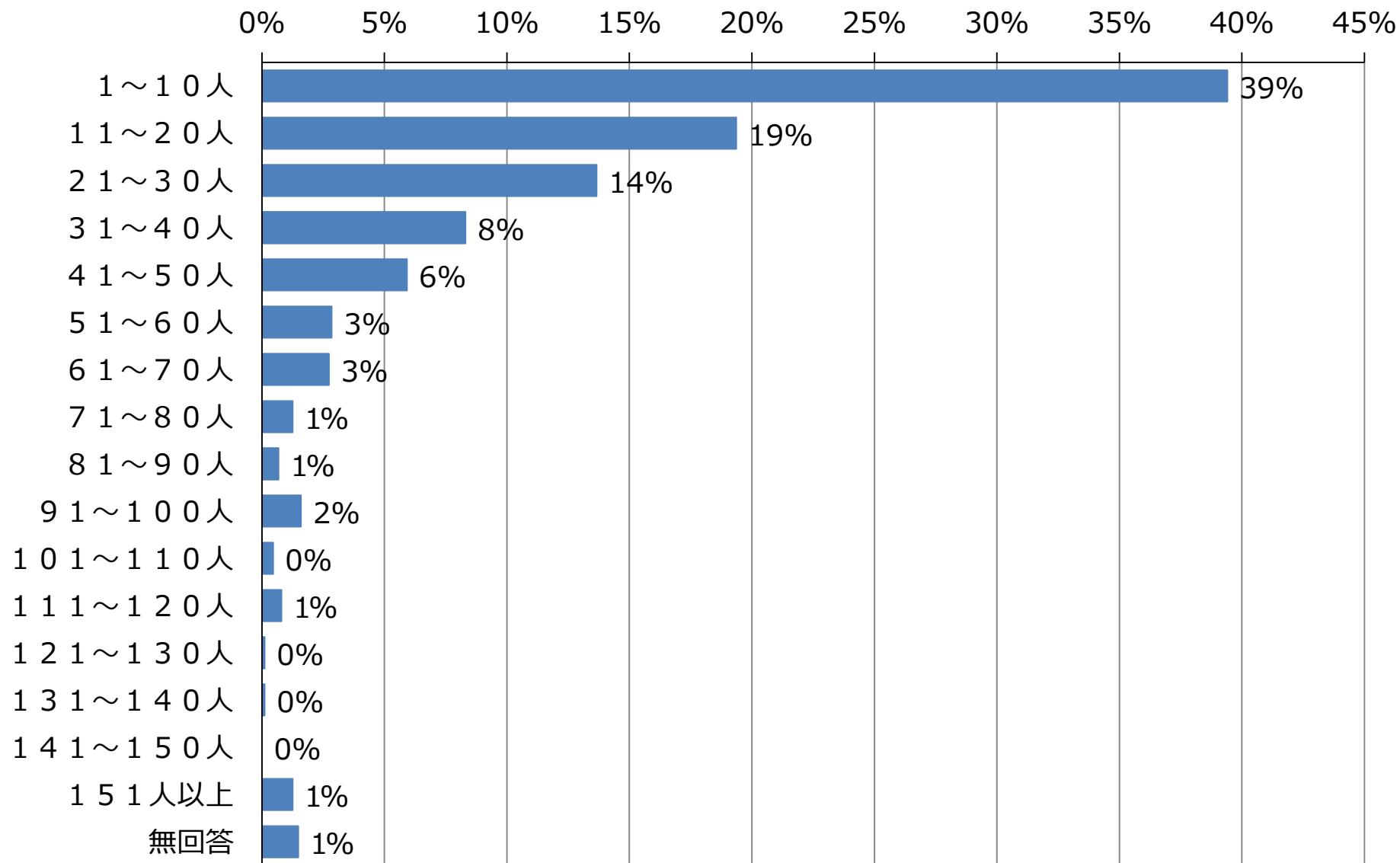
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

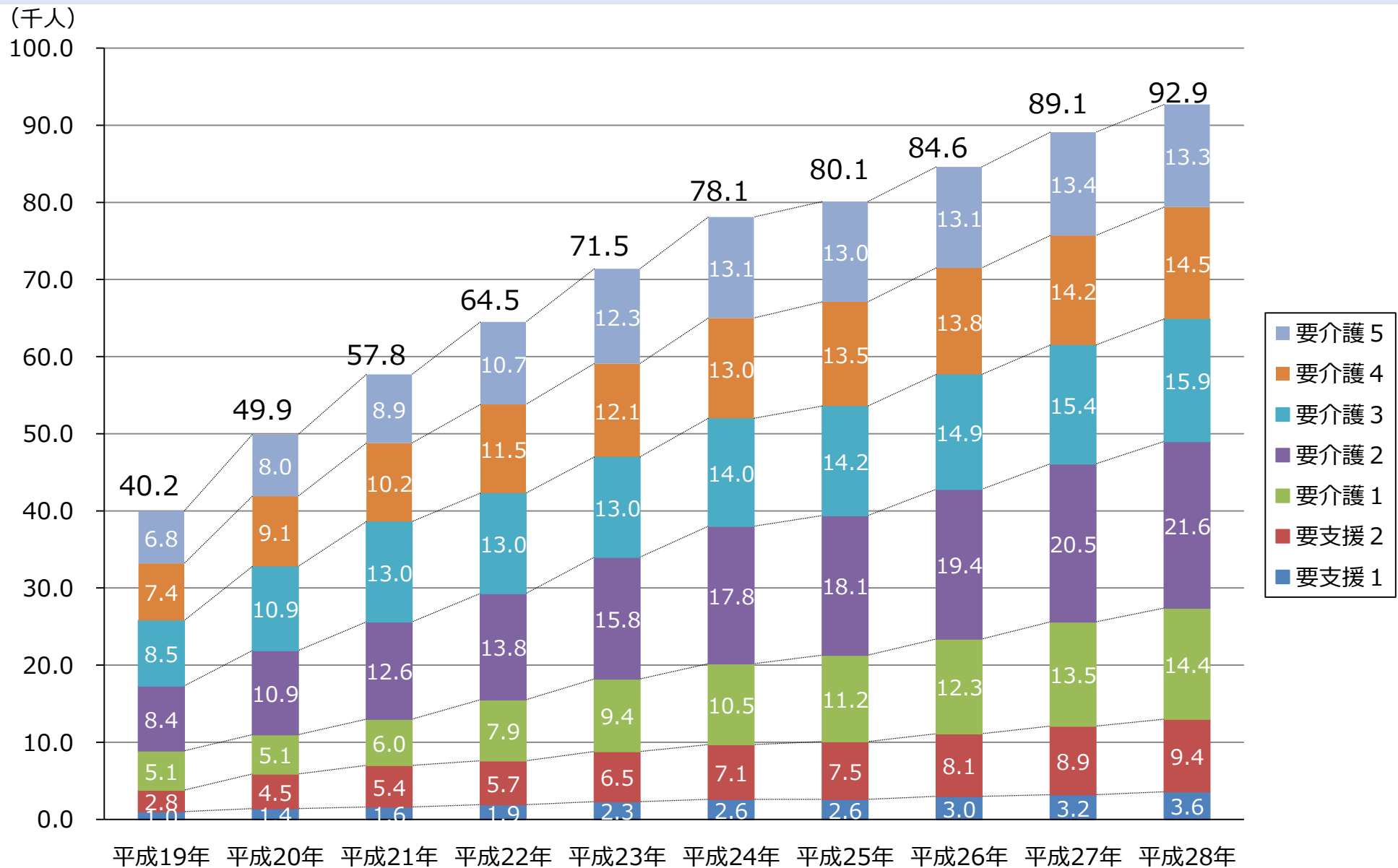
訪問リハビリテーション請求事業所の内訳



訪問リハビリテーションの利用者数別事業所数分布



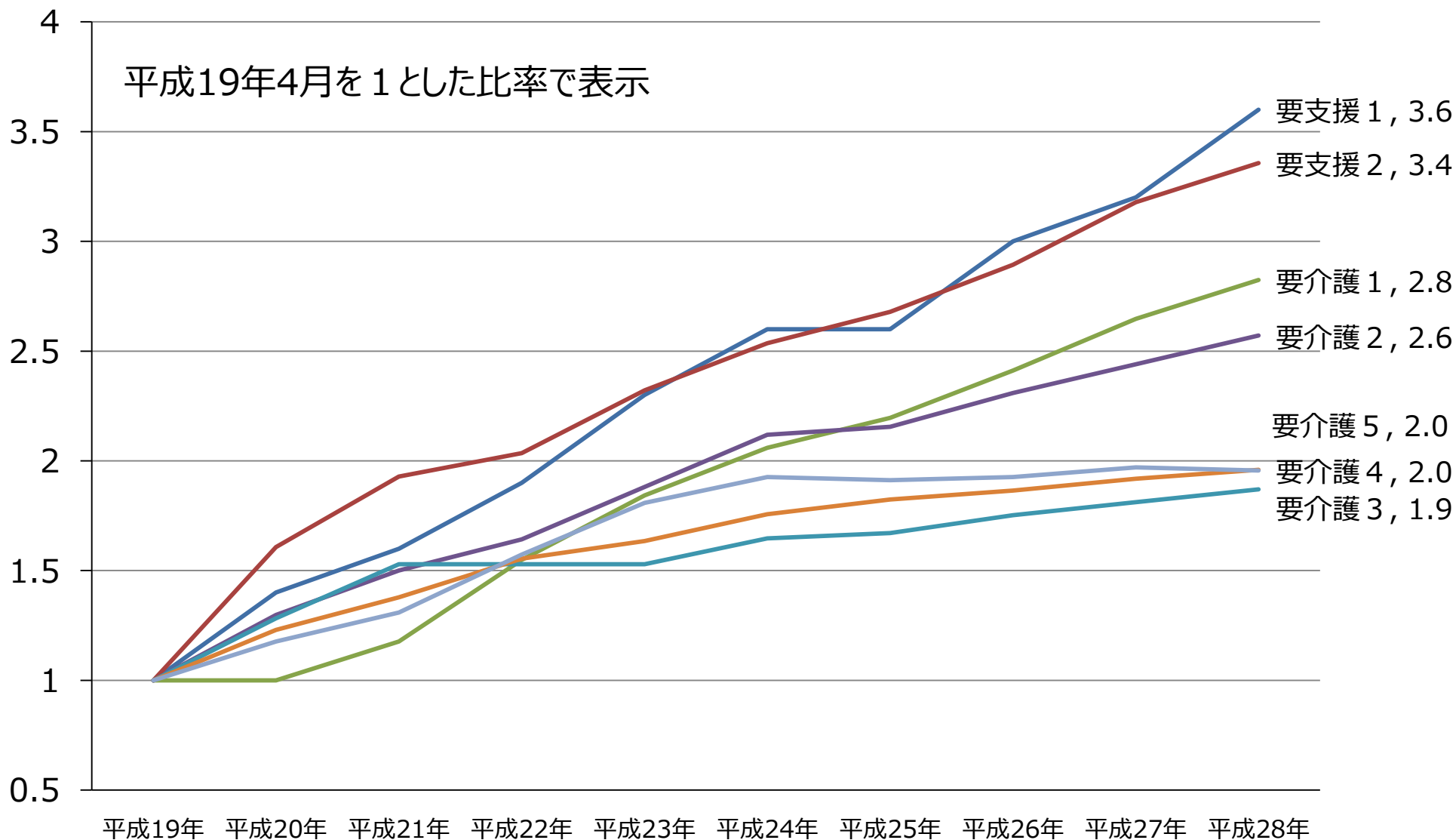
訪問リハビリテーションの受給者数



※総数には、月の途中で要介護から要支援（又は要支援から要介護）に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

訪問リハビリテーションの受給者数

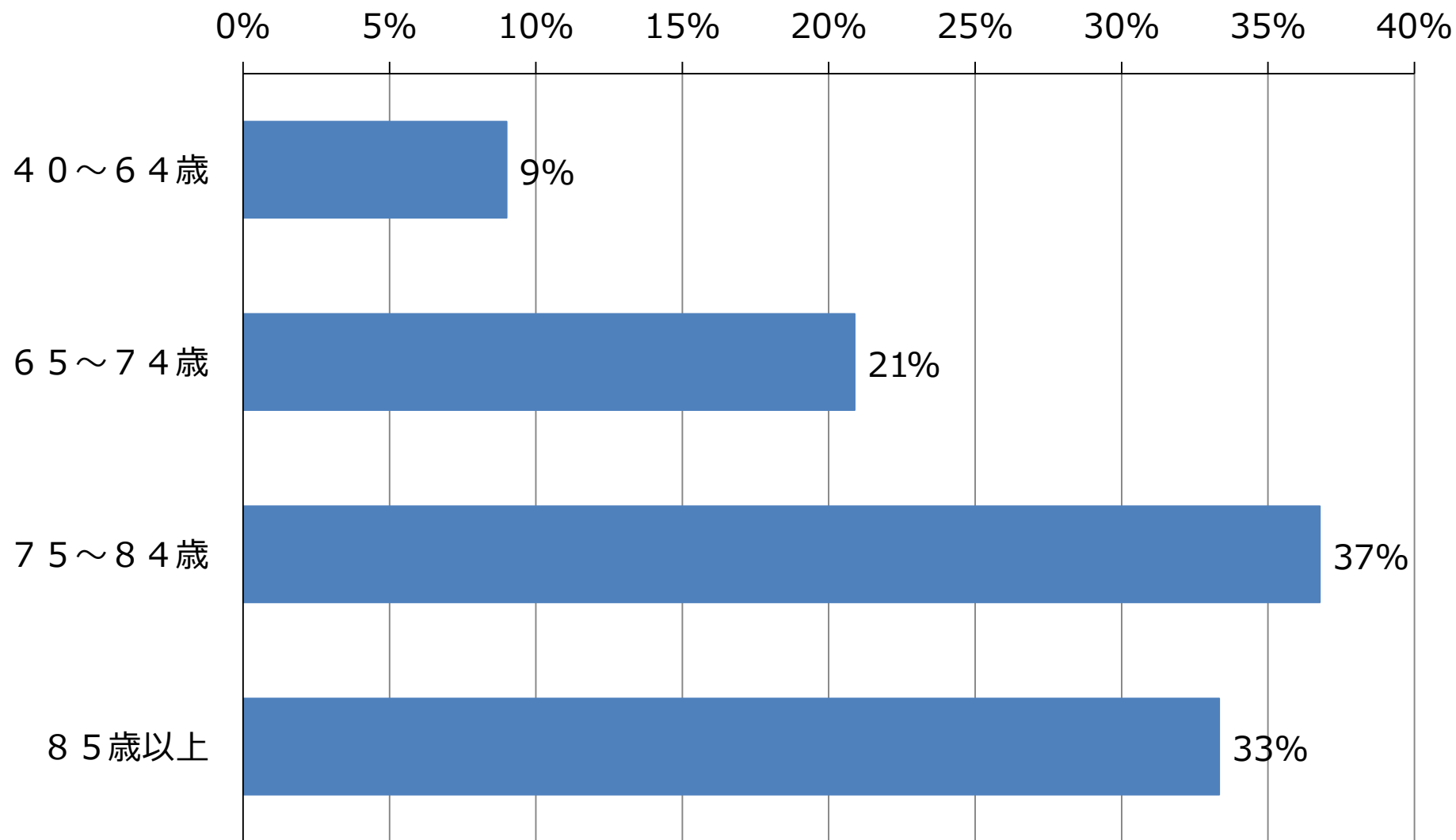


※総数には、月の途中で要介護から要支援（又は要支援から要介護）に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

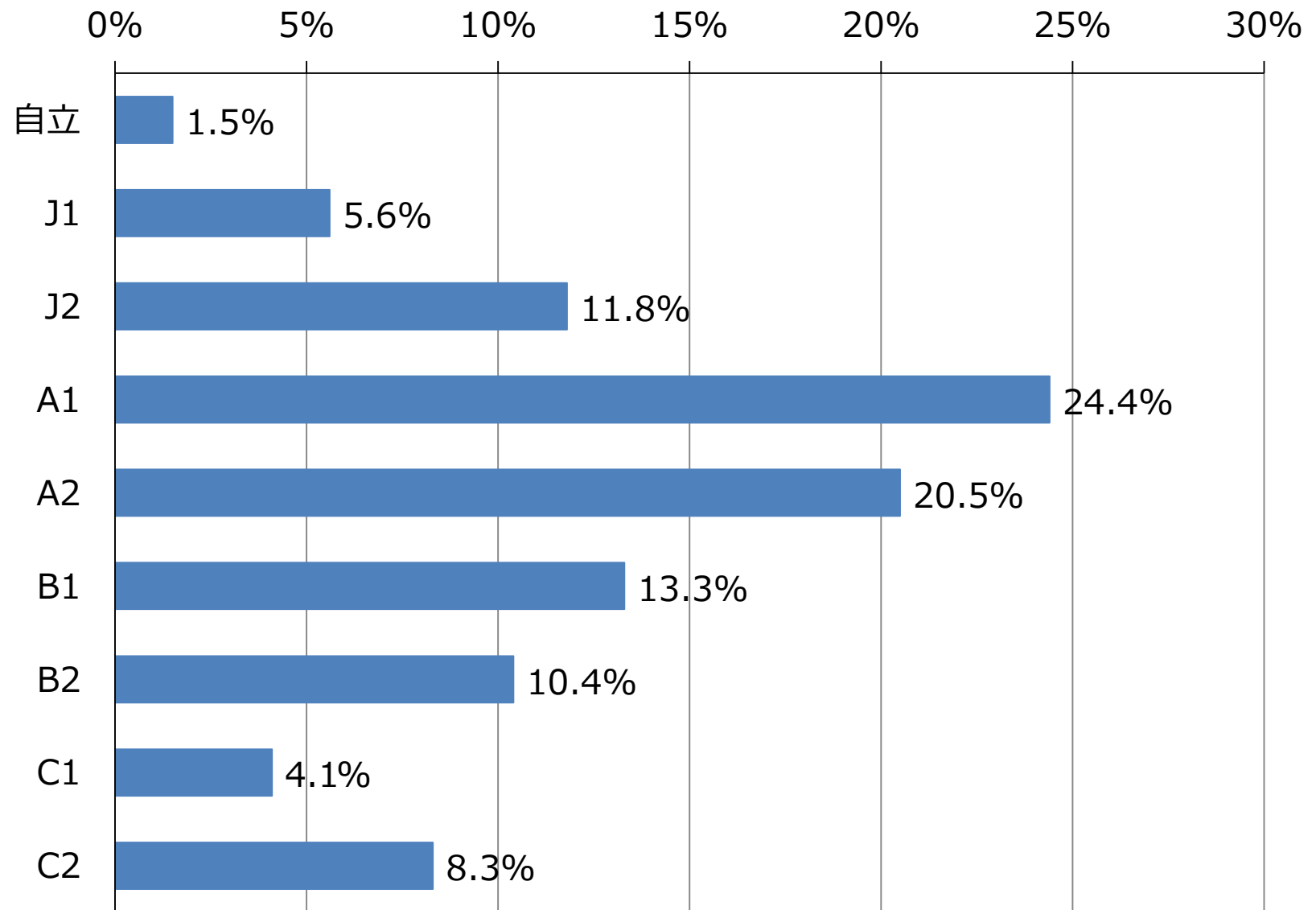
訪問リハビリテーション利用者の年齢構成

利用者の年齢構成



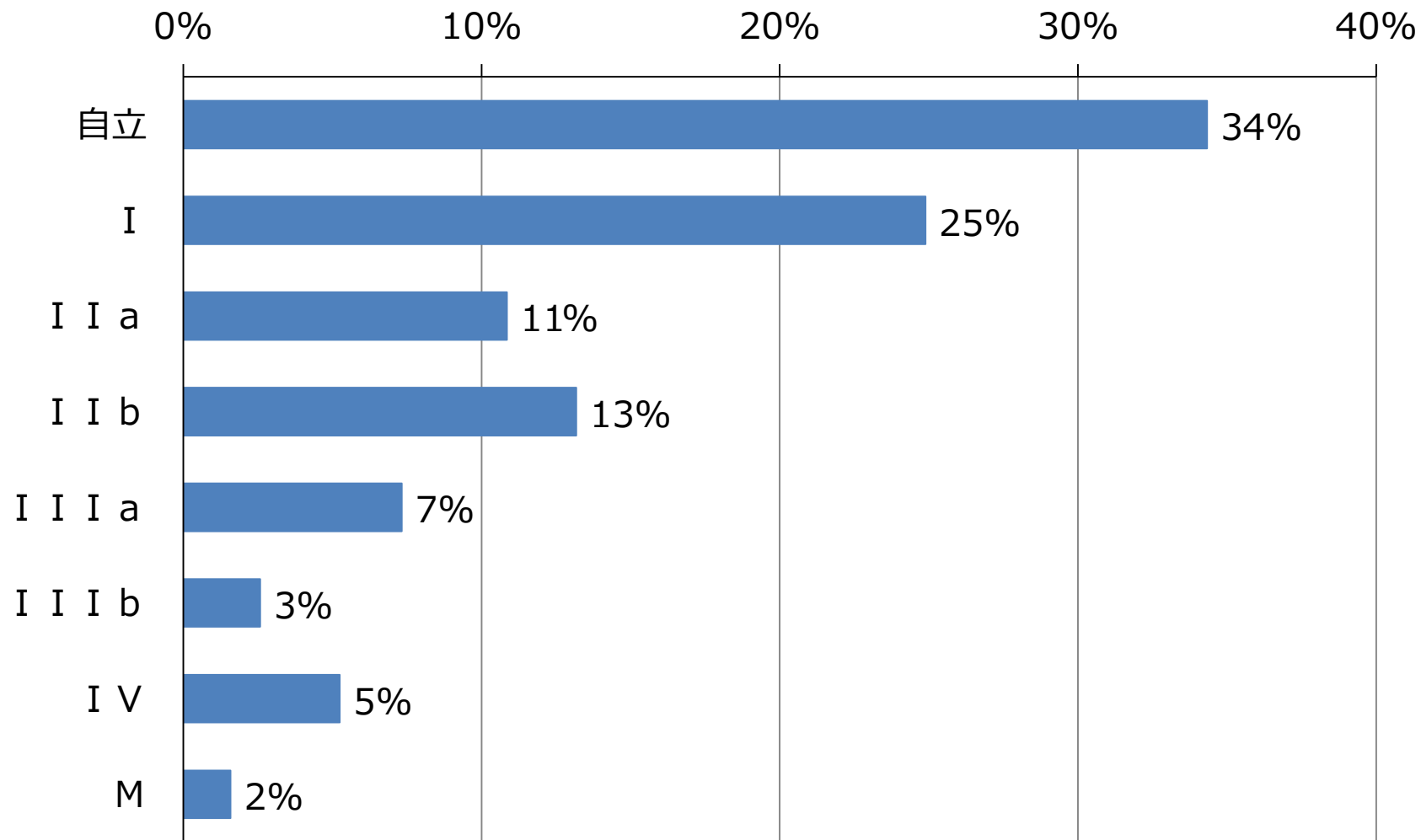
訪問リハビリテーション利用者の日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度別 利用者数分布

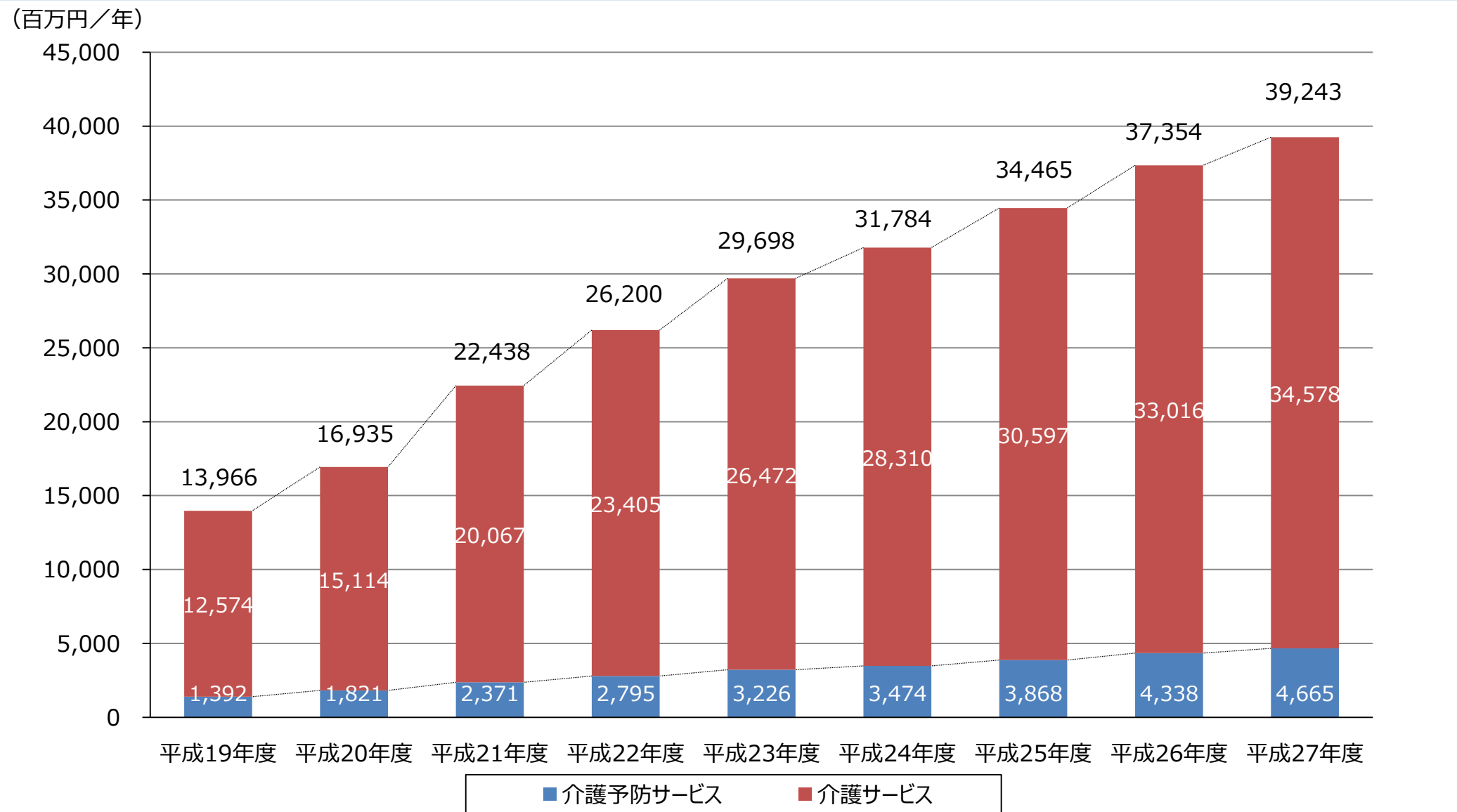


訪問リハビリテーション利用者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度別 利用者数分布



訪問リハビリテーションの費用額

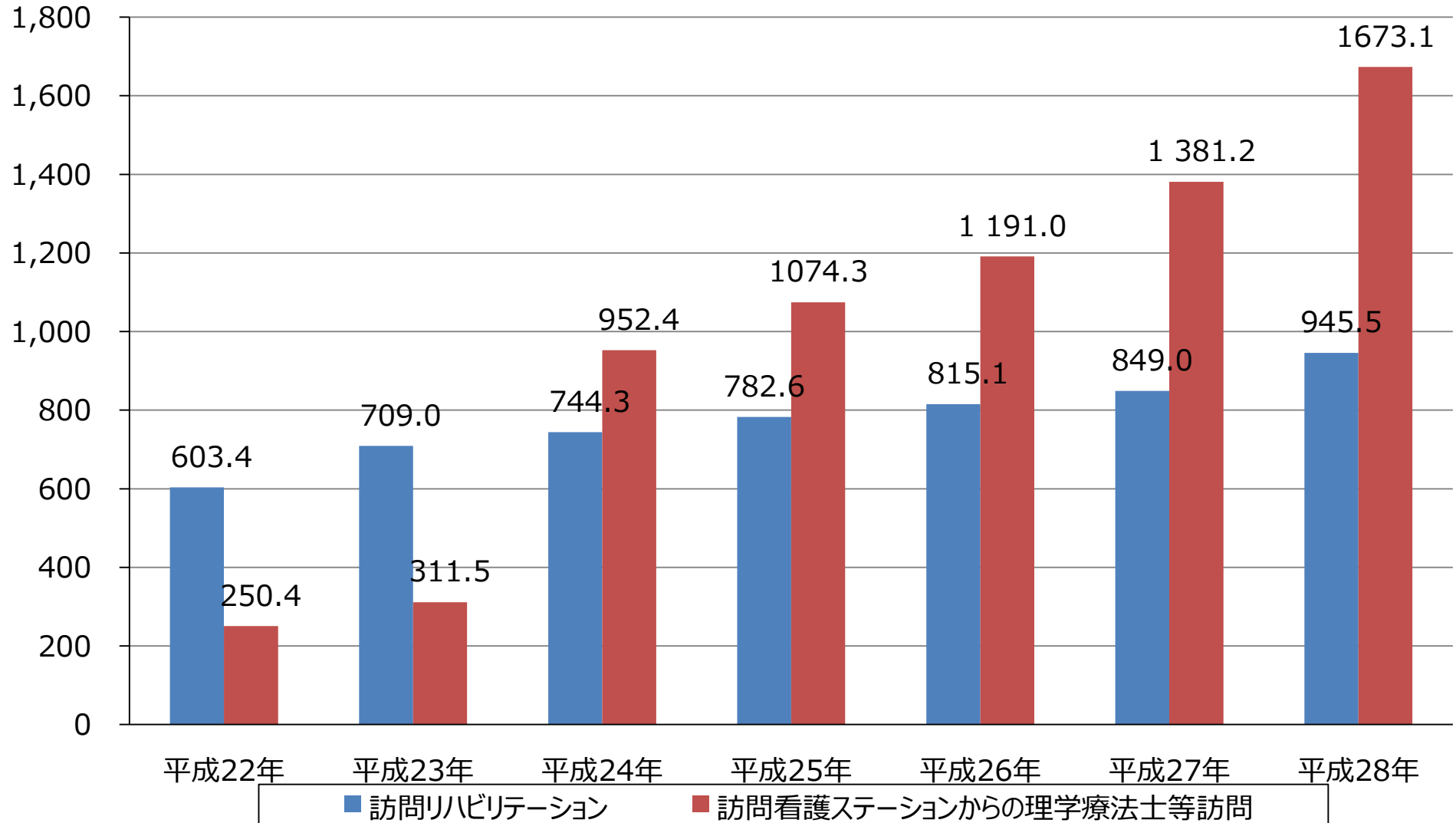


※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額（公費の本人負担額）の合計額。

※補足給付は含まない。

訪問リハビリテーション等の算定回数

(千回／月)



※ 1. 各年の9月請求分

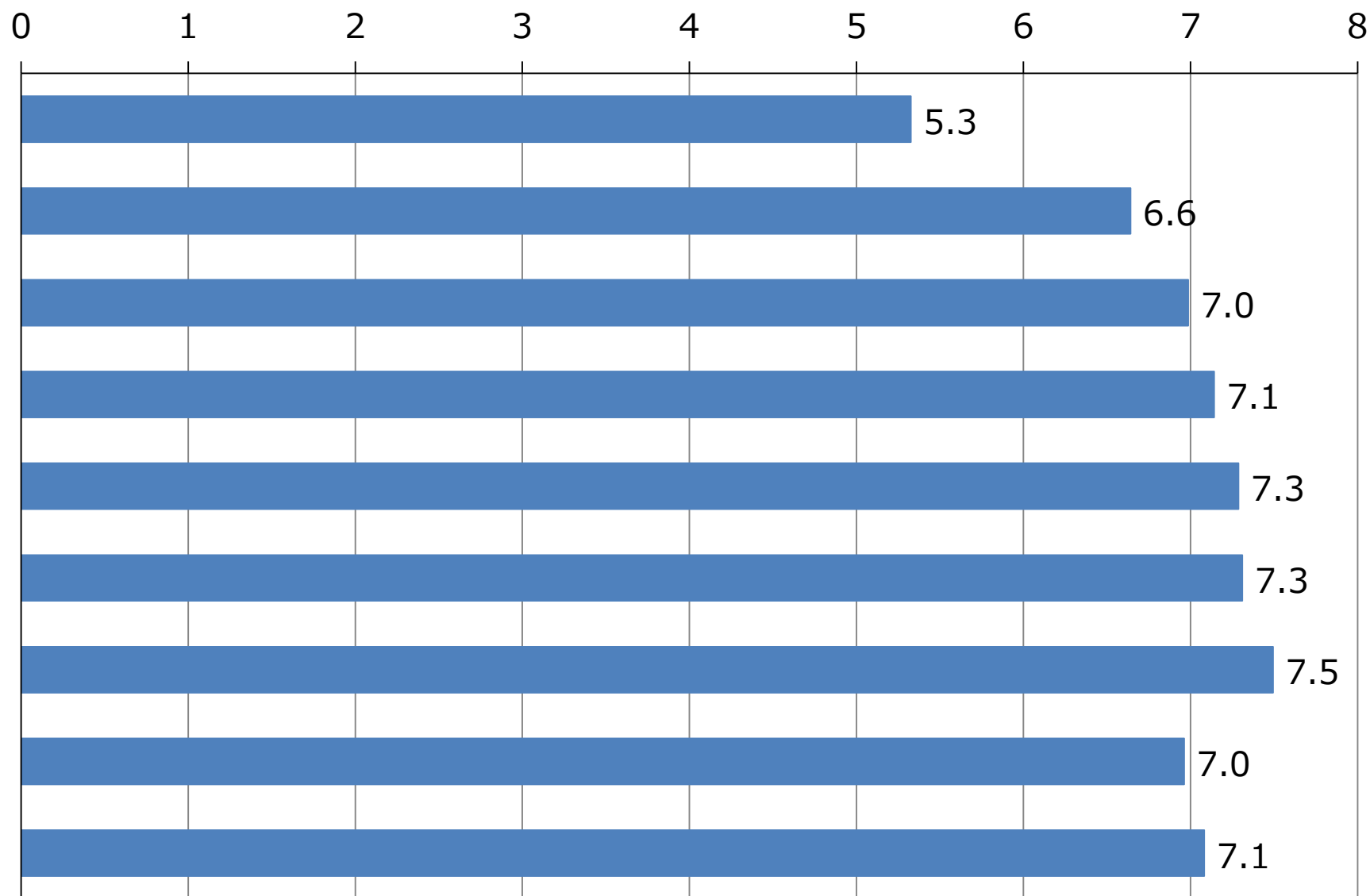
※ 2. 訪問リハビリテーションの算定回数は、20分で1回としている。そのため、訪問回数と算定回数は一致しない。

※ 3. 訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問の算定回数は、平成22・23年は訪問回数とし、平成24年以降は訪問リハビリテーションと同様20分で1回としている。したがって平成22・23年と平成24年以降の値は単純に比較できない。

(出典) 厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年9月審査分)

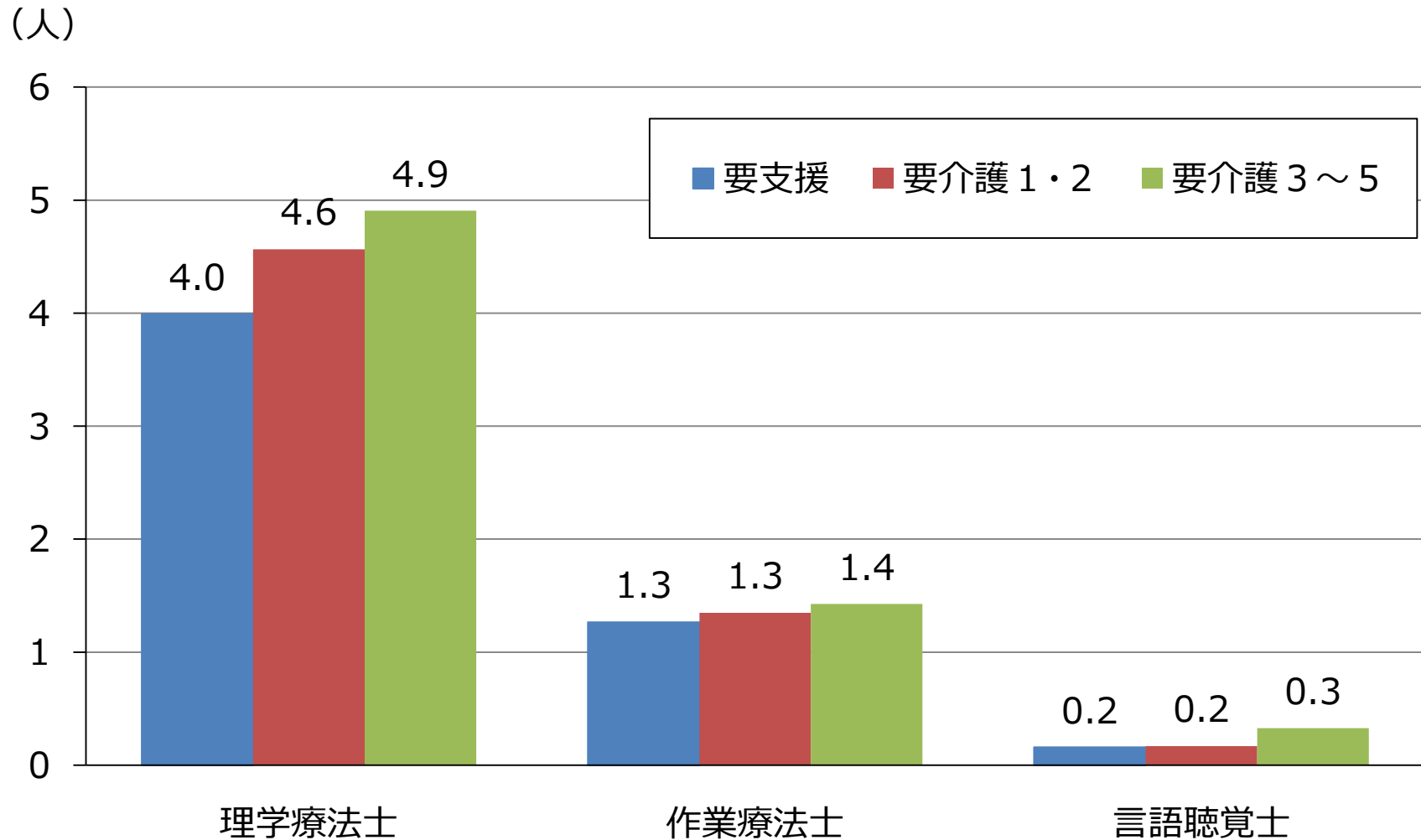
訪問リハビリテーション利用者の平均訪問回数（要介護度別）

一人一月あたり平均訪問回数（回）



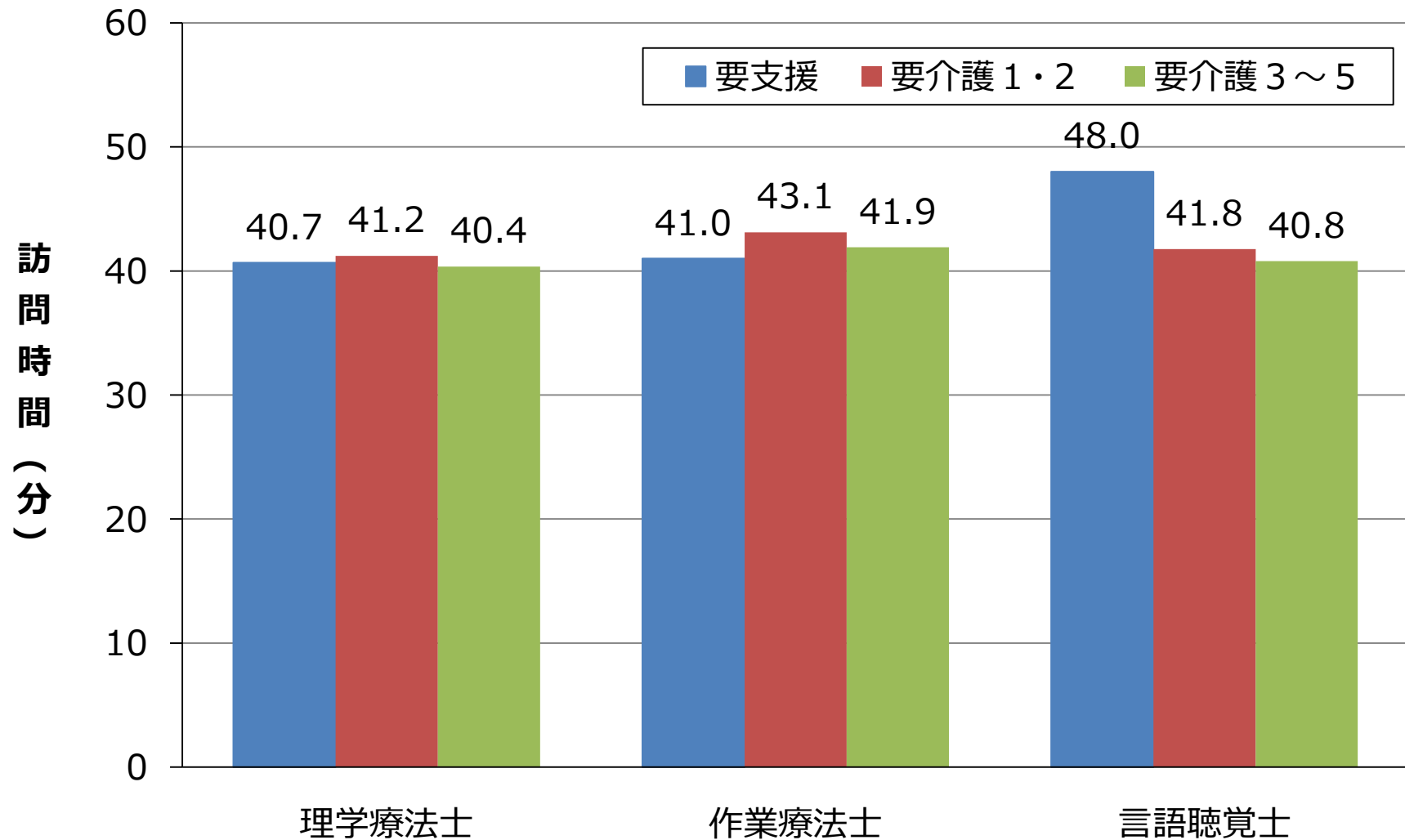
訪問リハビリテーションの訪問回数

職種別 利用者1人1月あたり平均訪問回数

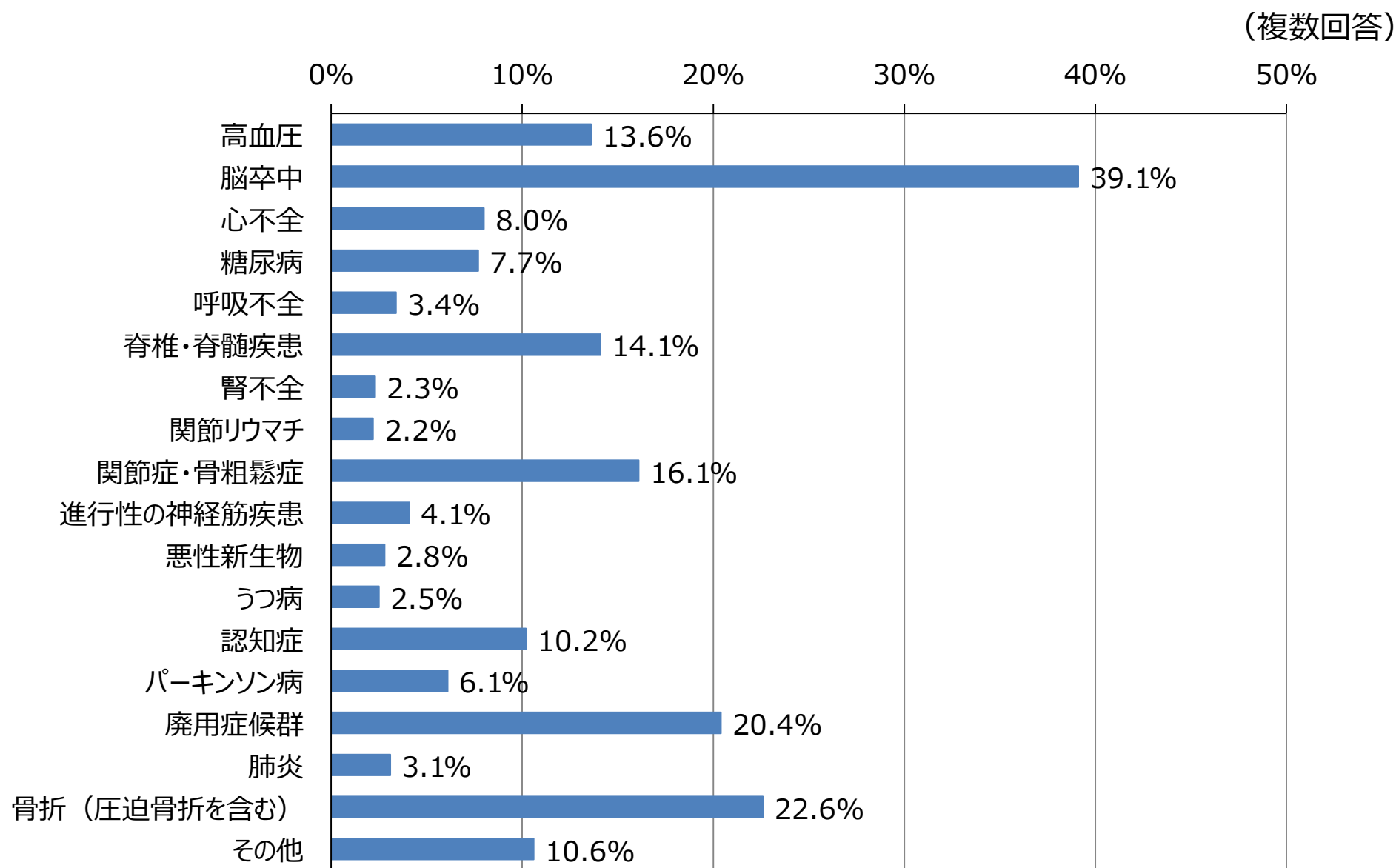


訪問リハビリテーションの1回あたりの訪問時間

職種別 1回あたりの平均訪問時間

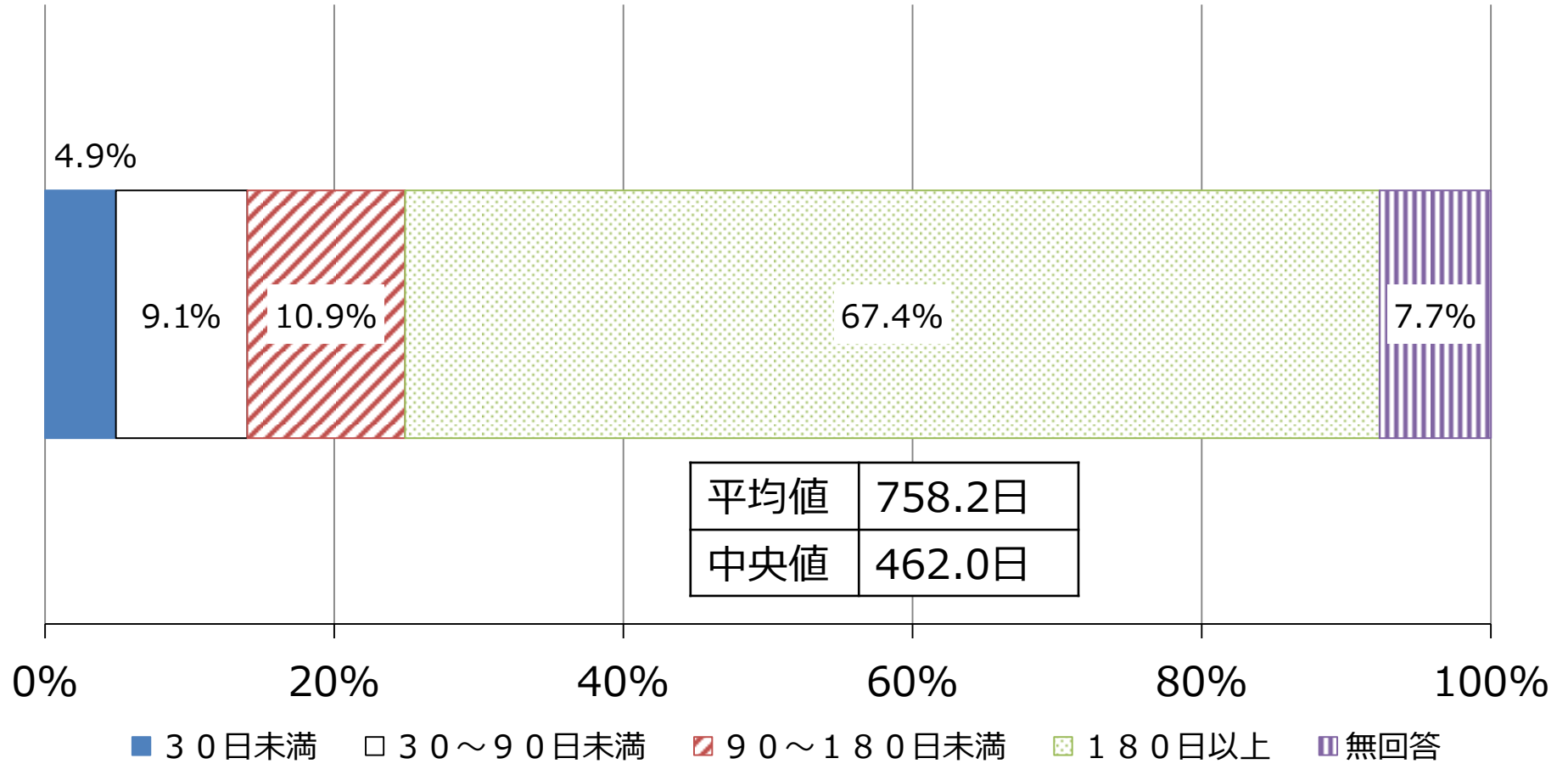


訪問リハビリテーションが必要となった原因の傷病

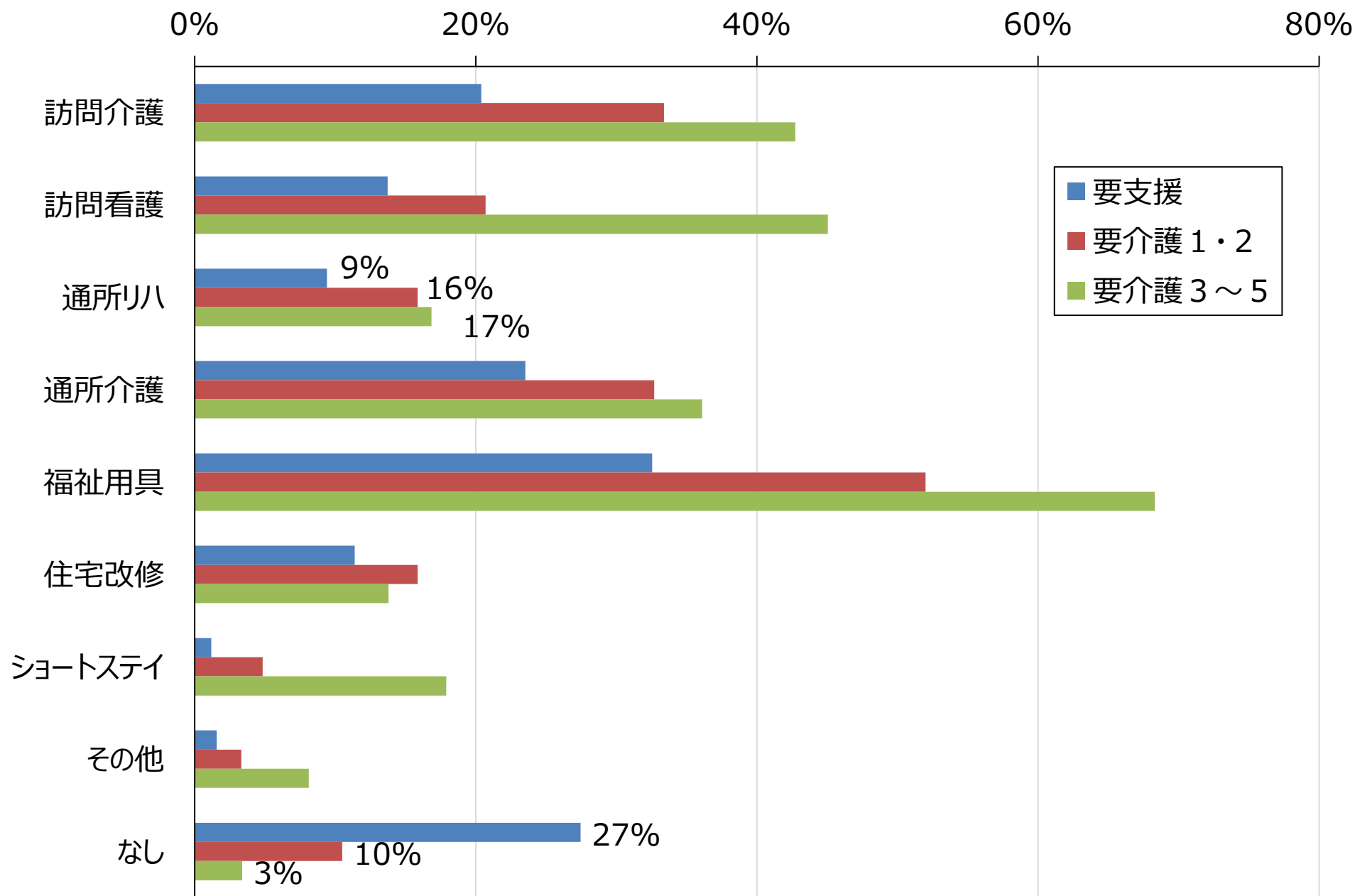


訪問リハビリテーションの利用期間

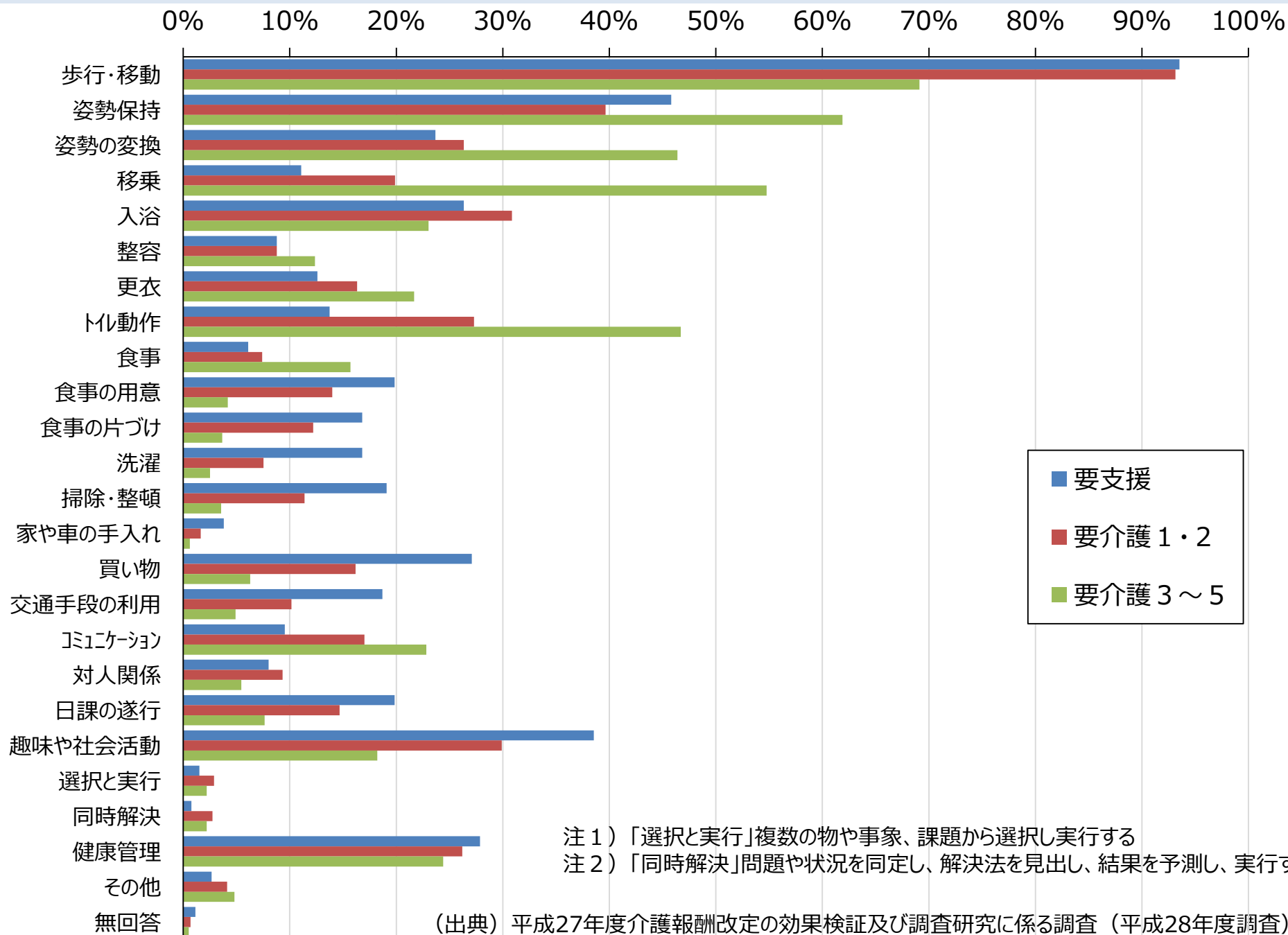
訪問リハビリテーションサービス利用者の利用開始からの期間（調査日時点）



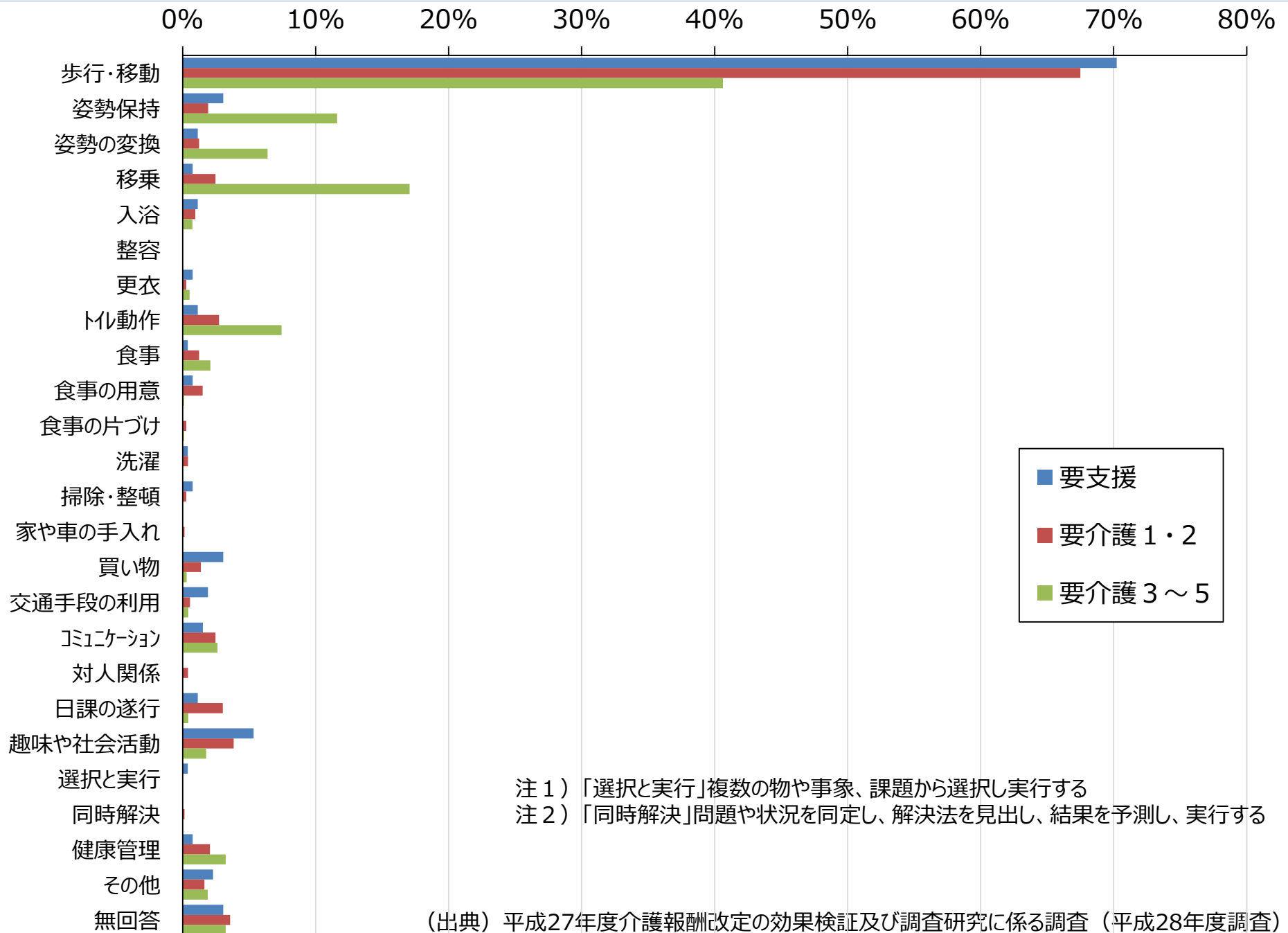
訪問リハビリテーションと併用しているサービス



訪問リハビリテーション計画における日常生活上の課題領域（複数回答）

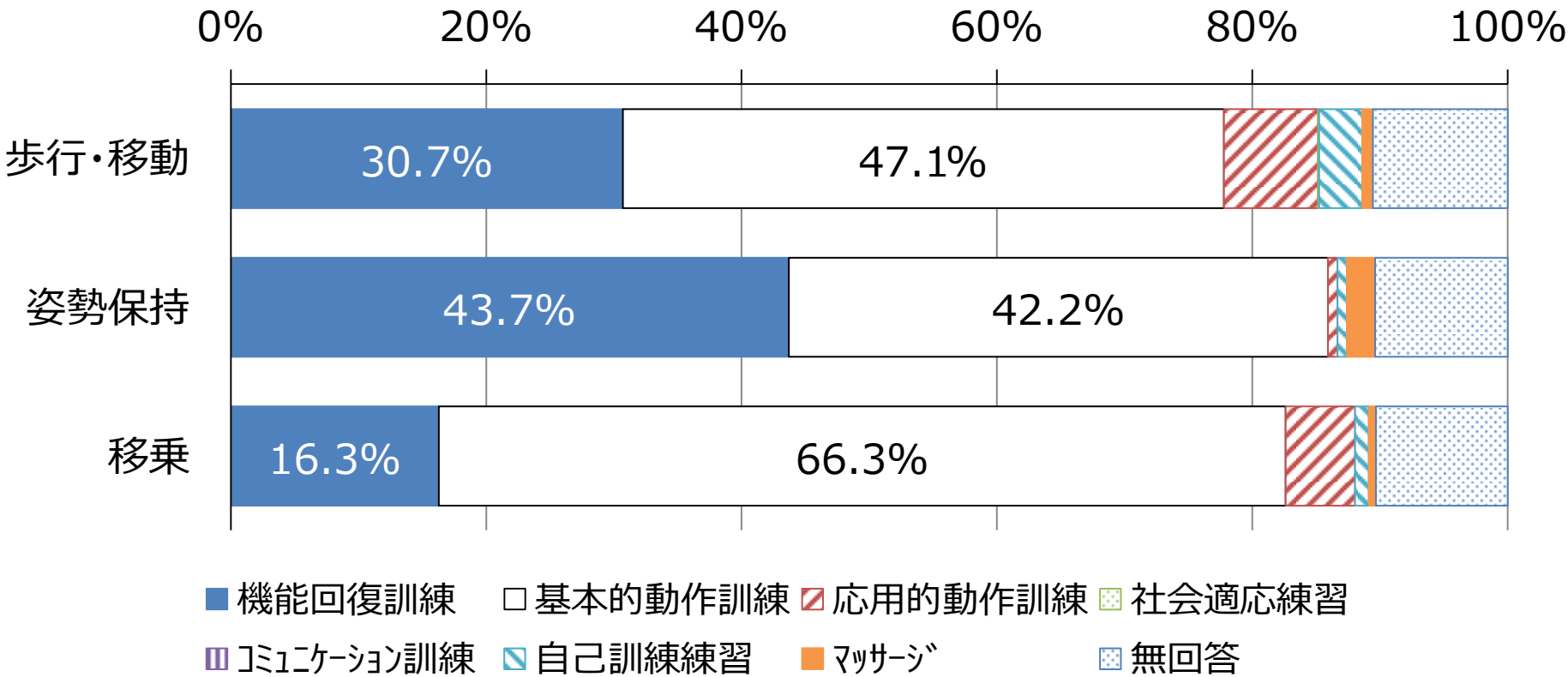


訪問リハビリテーション計画における最も優先順位が高い日常生活上の課題領域



訪問リハビリテーションの訓練内容

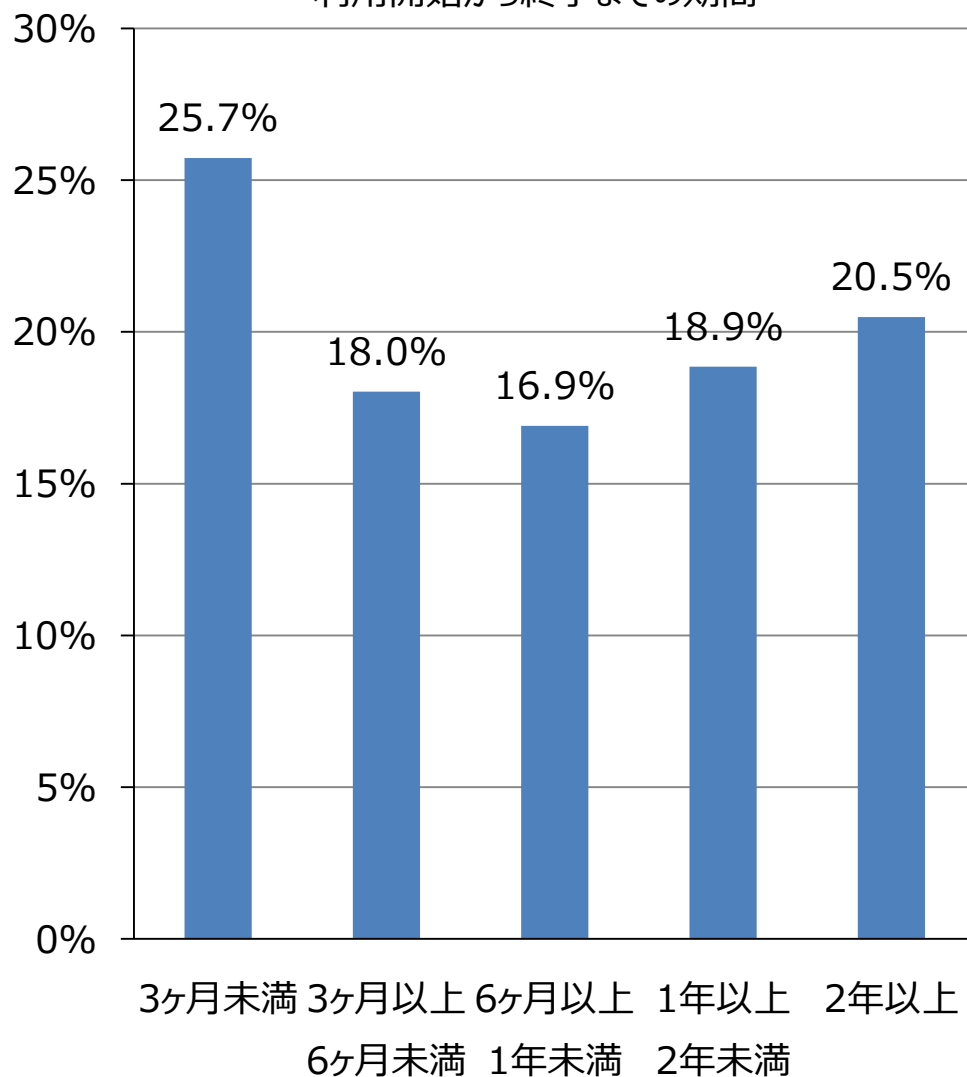
最も優先順位が高い課題領域（上位3項目）に対して最も多く行っている訓練



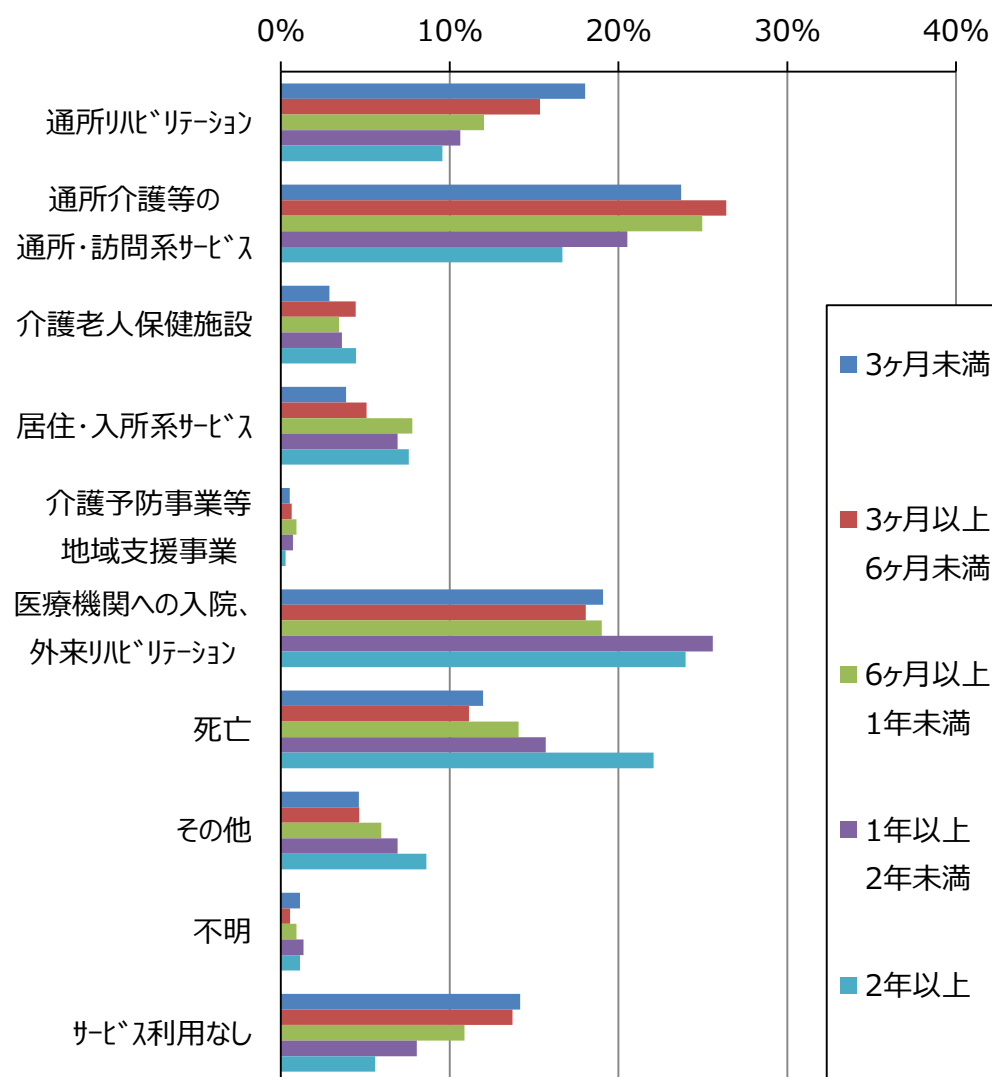
注)	機能回復訓練	呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練
	基本的動作訓練	姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用訓練
	応用的動作訓練	一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習
	社会適応練習	対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習

訪問リハビリテーション終了者の利用期間及び転帰

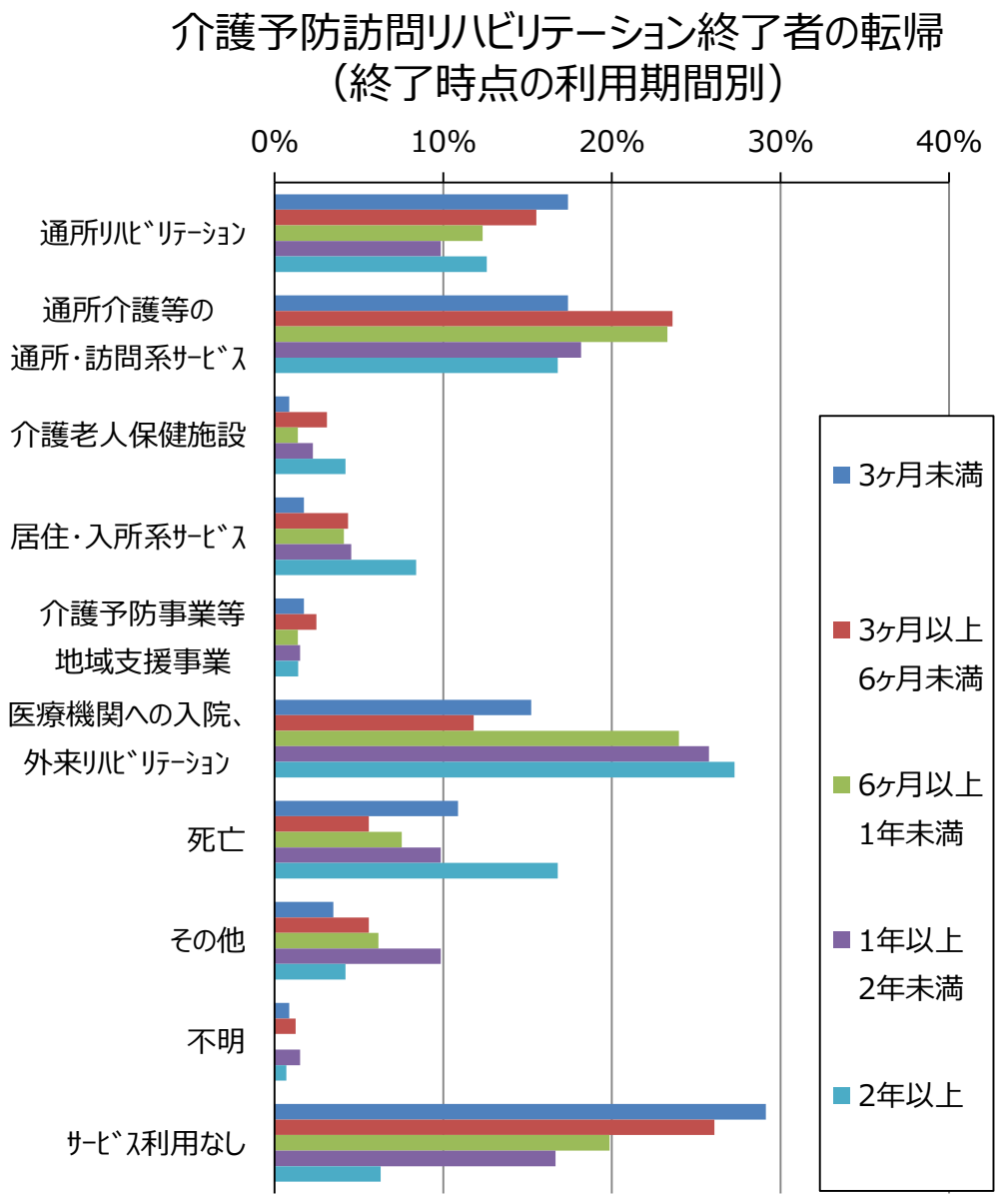
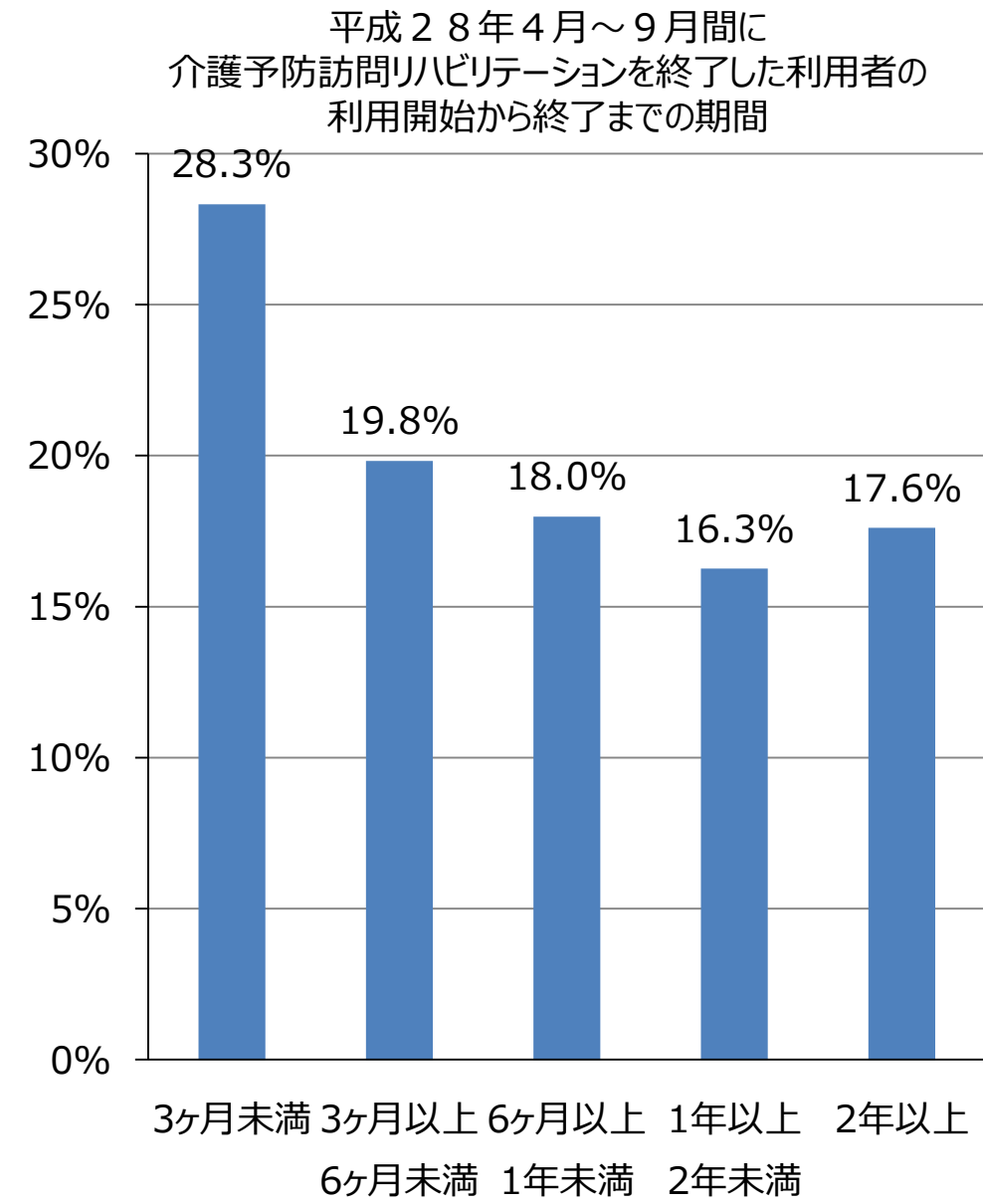
平成28年4月～9月間に
訪問リハビリテーションを終了した利用者の
利用開始から終了までの期間



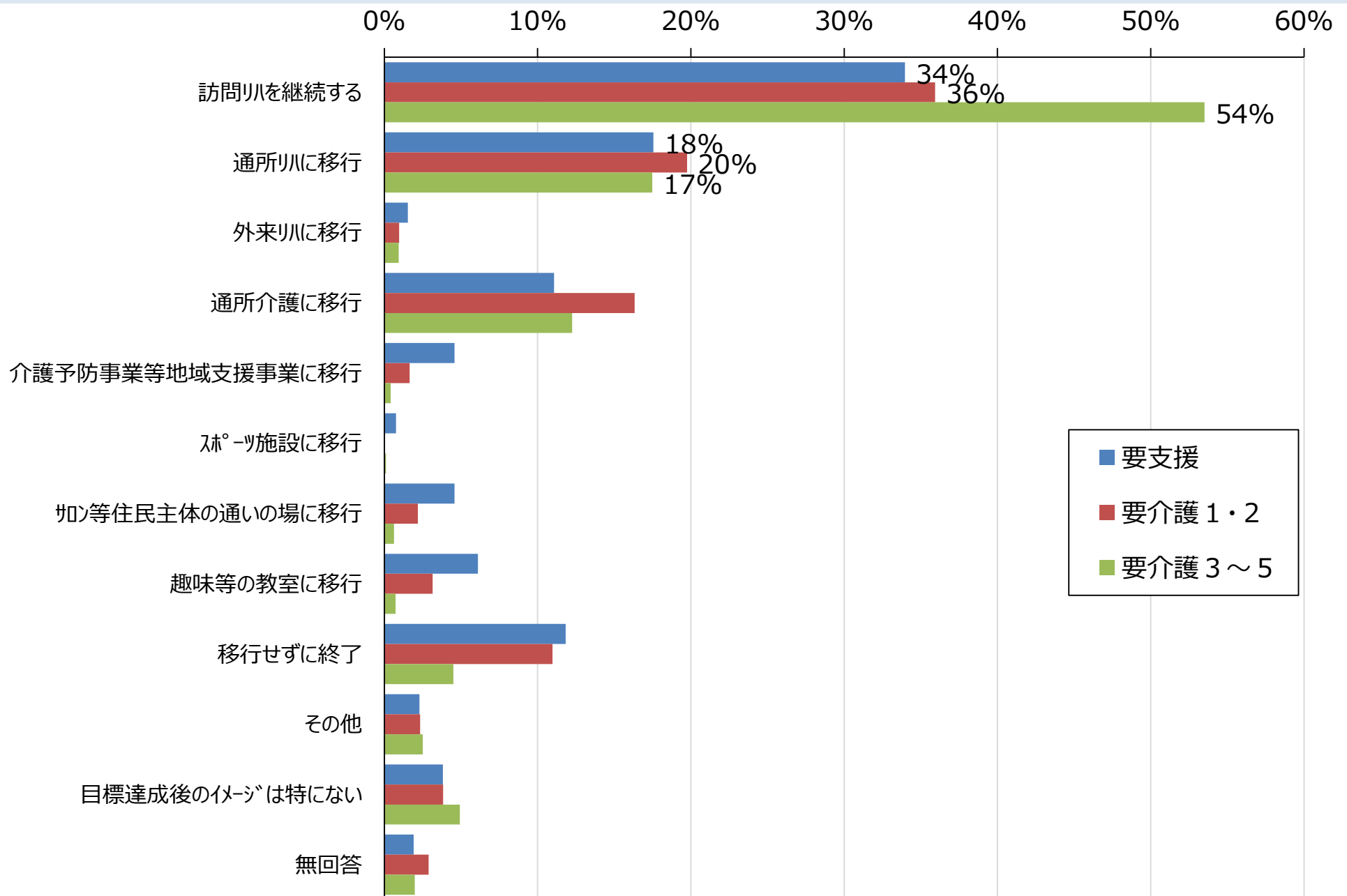
訪問リハビリテーション終了者の転帰
(終了時点の利用期間別)



介護予防訪問リハビリテーション終了者の利用期間及び転帰（開始時及び終了時に要支援の者）

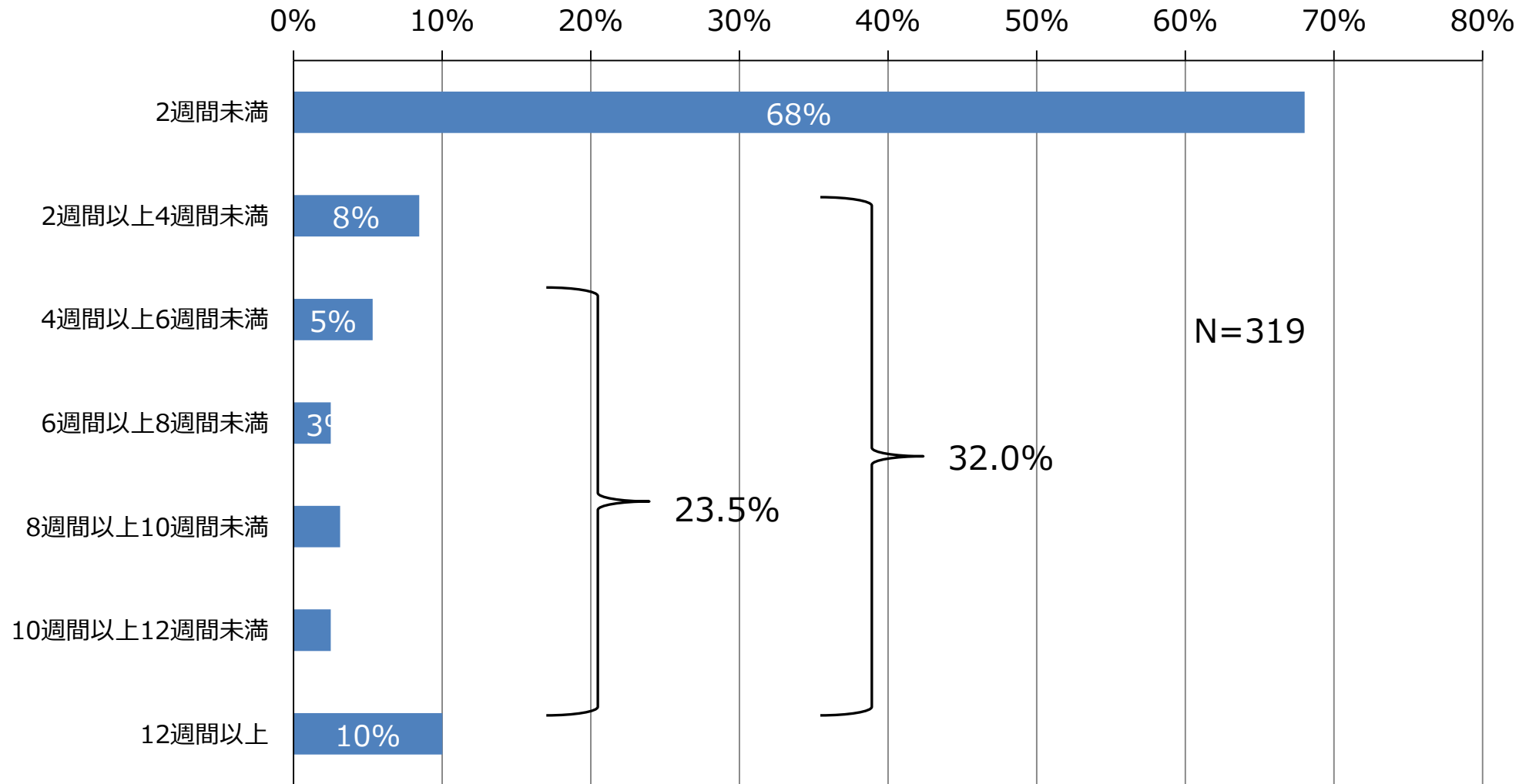


長期目標達成後のサービス移行の予定



退院後の訪問リハビリテーション利用開始までの期間

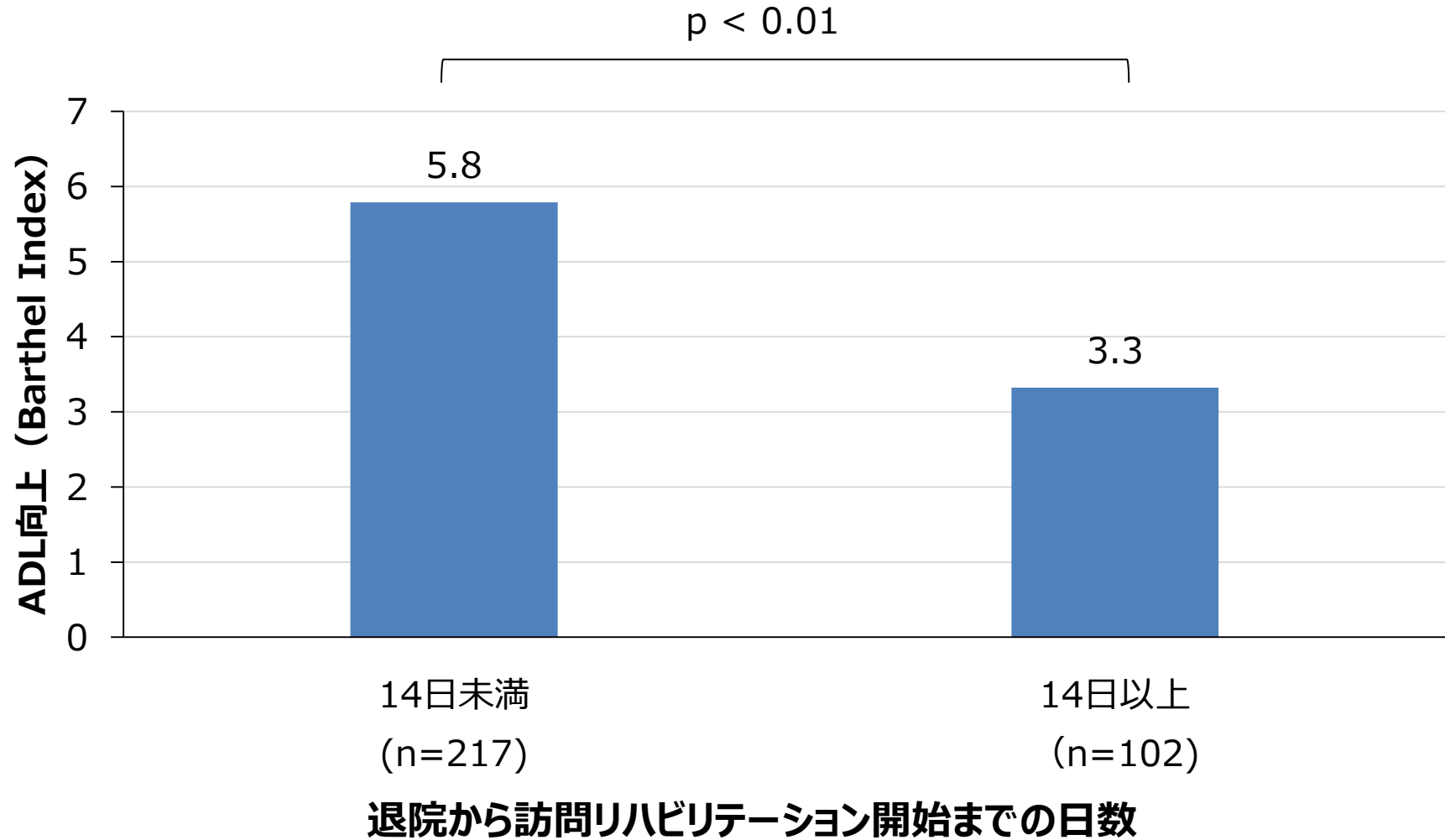
退院後に訪問リハビリテーションの利用を開始した者の32%は、退院から訪問リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっており、24%は4週間以上かかっていた。



※平成27年10月以降に退院した者319名について集計

退院後の訪問リハビリテーション利用開始までの期間と開始後のADL向上

退院後14日以内にリハビリテーションを開始したグループでは、14日以上グループに比べ、より大きな機能回復が見られていた。

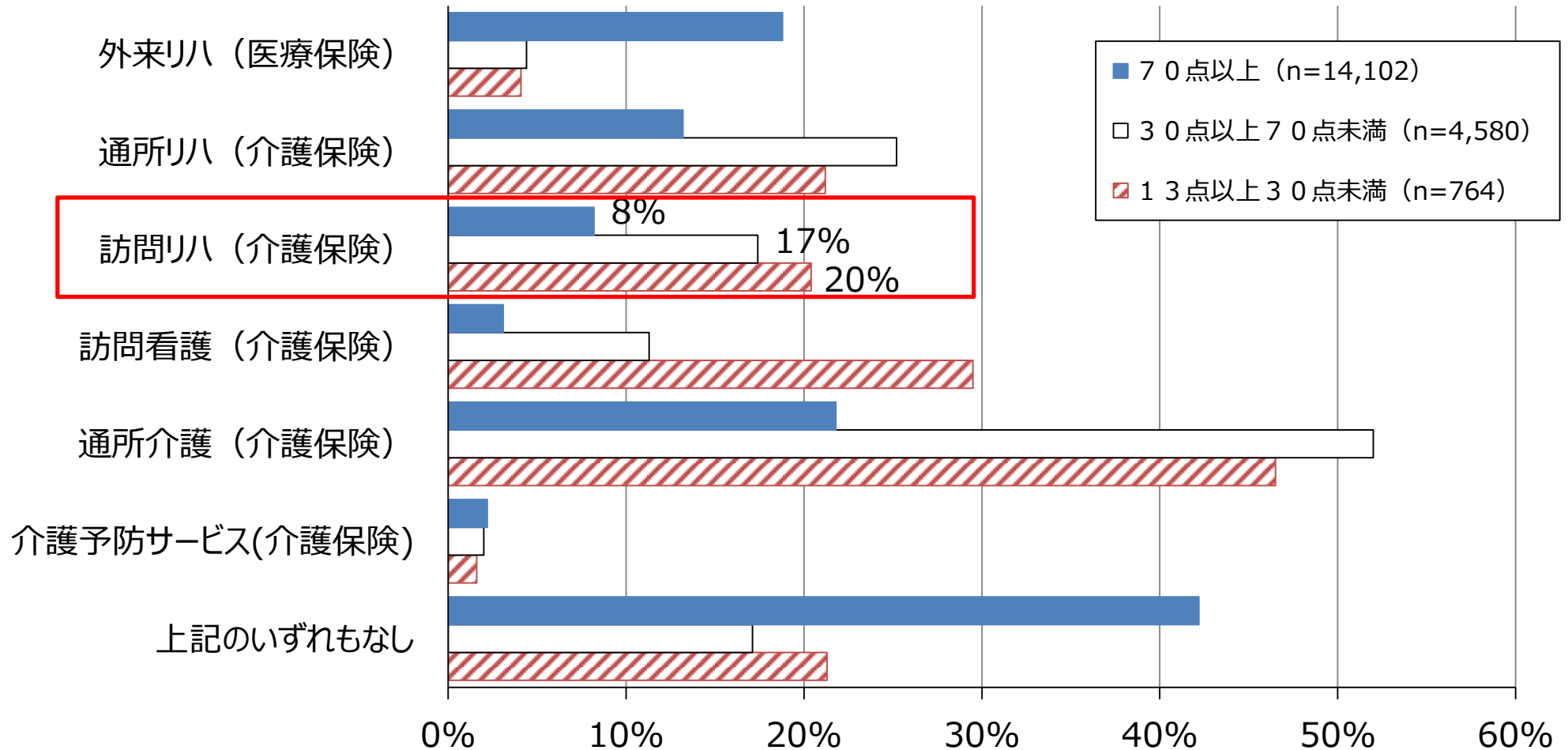


※平成27年10月以降に退院した者319名について集計

退院後の介護保険サービスの利用

医療保険の対象となる回復期リハビリテーション病棟を退院した後、医療保険のリハビリテーションを経ずに介護保険の訪問リハに移行する患者は、FIM運動項目30点以上70点未満では17%、30点未満では20%存在する。

回復期リハビリテーション病棟から自宅へ退棟した患者が利用するリハビリテーション等の内容
(退院時 F I M 運動項目総得点別)



※FIM (Functional Independence Measure) : 機能的自立度評価のことで、全18項目のA D Lについて介助量に応じて7段階で評価する方法。
運動項目のみの最高点は91点、最低点は13点である。

退院後早期の訪問リハビリテーション

入院でリハビリテーションを受けている患者に対し、退院後に通所又は訪問リハビリテーションを行う予定の理学療法士等が訪問することについて、早期にリハビリテーションを導入するために効果的な取組であるとの意見がある。

「退院・退所直後の機能低下を防止するためには、退院後できるだけ早期に訪問・通所リハビリテーションを導入することが効果的である。

介護保険でリハビリテーションを実施するためには、ケアプランを立案する必要があるが、そのための諸手続きなどでサービスの実施までタイムラグが出てしまう点は、課題となっている。

介護支援専門員や訪問看護ステーション職員の退院前訪問は介護報酬上の評価対象である一方、訪問・通所リハビリテーション職員の場合は評価対象となっていない。しかし、入院中に訪問・通所リハビリテーション職員が病院に出向き、直接情報交換を行うことは、**早期にリハビリテーションを導入するためには効果的な取組**であると考えられる。」

（平成28年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」）

（参考）

居宅介護支援費 退院・退所加算 300単位

病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（中略）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行なった場合（中略）には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

訪問看護 退院時共同指導加算 600単位

病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院時共同指導（当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所又は介護老人保健施設の主治の医師その他の職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供することをいう）を行った場合に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者については、2回）に限り、所定単位数を加算する。ただし、この初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算は算定しない。

状態が悪化した利用者等に対する早期のリハビリテーションサービス

介護支援専門員がリハビリテーションを適時に導入しやすくなるよう、リハビリテーション導入の要否をかかりつけ医に相談すべきかの判断の参考となる目安があるとよいのではないかという意見がある。

「介護支援専門員は、要介護高齢者等の状況を把握し、適切なサービス利用につなげる役割を担っている。

要介護高齢者等が病院・診療所から退院する際や老人保健施設から退所する際には退院前カンファレンスや同行訪問が行われ、入院・入所先の医師やリハビリテーション専門職等から介護支援専門員への情報提供等もふまえ、必要に応じてリハビリテーションサービスが導入されることが多くなっている。一方、在宅で生活中に状態が悪化した場合には気づきの遅れや、原因・改善の可能性についての理解の困難性などから、リハビリテーションを適時に導入できていない状況があるとの意見がある。そのため、リハビリテーション導入の要否を介護支援専門員がかかりつけ医に相談すべきか検討するために参考となる基準や目安があれば、介護支援専門員もリハビリテーションを意識した介入がしやすいと思われる。」

（平成28年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」）

（参考）

基準省令「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」

第13条 十九

介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めなければならない。

解釈通知「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」

3（3）⑨主治の医師等の意見等

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）については、主治の医師又は歯科医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置づける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

訪問リハビリテーション計画作成における事業所の医師の関与

- ・ 訪問リハビリテーションの実施に当たっては、医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、当該医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成する必要がある。
- ・ 利用者に対し、別の医療機関で計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供を受けて訪問リハビリテーションを実施する場合でも、事業所の医師及び理学療法士等が訪問リハビリテーション計画を作成するためには、規定上、事業所の医師が患者を診療する必要がある。

省令「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」

第81条

医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、当該サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した**訪問リハビリテーション計画を作成しなければならない。**

算定基準通知 訪問リハビリテーション費

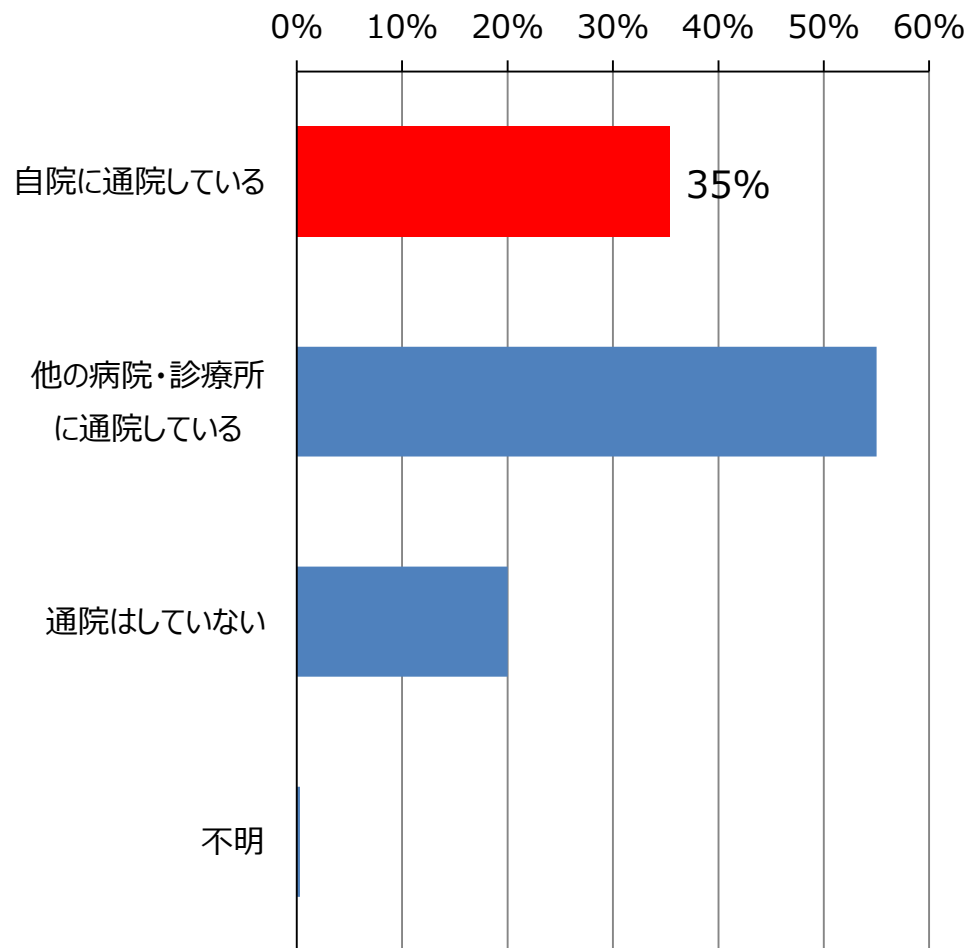
訪問リハビリテーションは、計画的な医学管理を行っている医師の指示の下、実施すること。（中略）**別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師から情報提供（リハビリテーションの指示等）**を受けて、訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から3月以内に行われた場合に算定する。この場合、少なくとも3月に1回は、訪問リハビリテーション事業所は当該情報提供を行った医師に対して訪問リハビリテーション計画について医師による情報提供を行う。

※事業所の医師は、訪問リハビリテーション計画を作成する過程で行う利用者の診療について、別途、訪問診療料等の請求をすることが可能な場合がある。

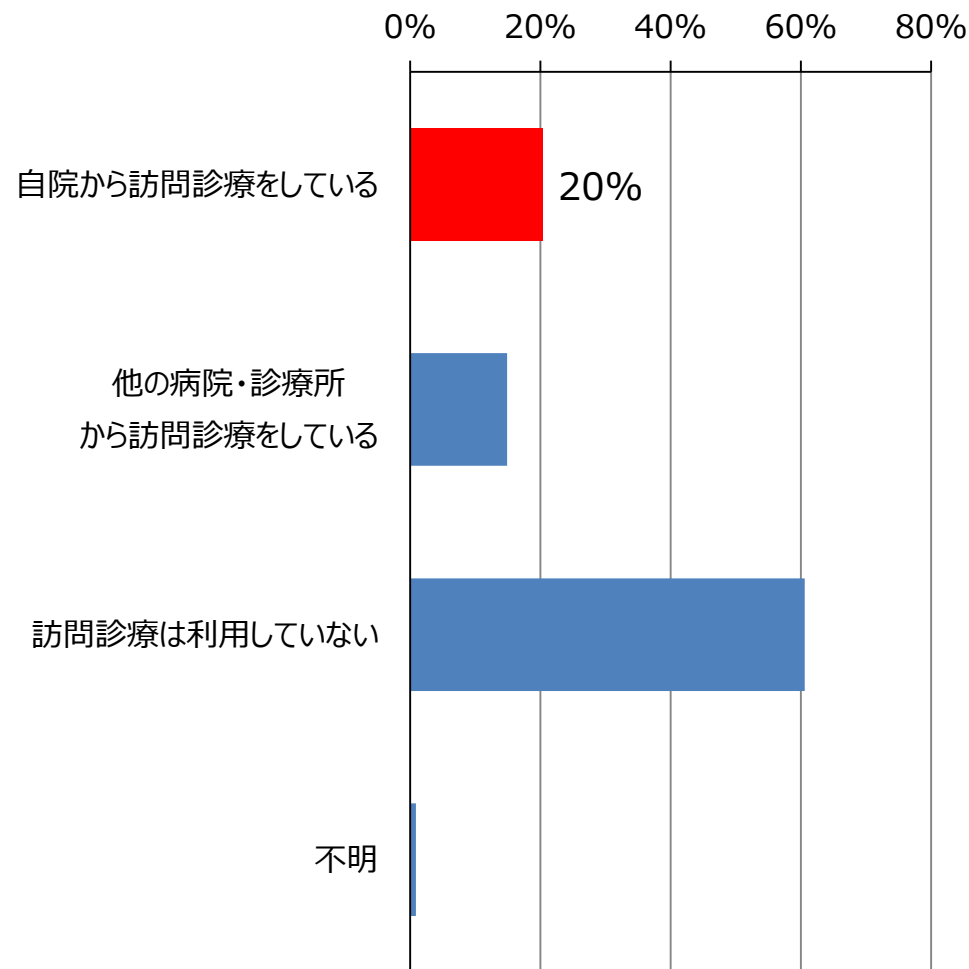
訪問リハビリテーション利用者の通院・訪問診療の状況

訪問リハビリテーションを受けている利用者のうち、訪問リハビリテーション事業所へ通院している割合は35%、訪問リハビリテーション事業所からの訪問診療を利用している者は20%であった。

通院の有無（複数回答）



訪問診療の有無



リハビリテーションマネジメント加算

概要

適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するために、リハビリテーション計画書（様式）の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしくみを評価する。

単位数

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) 60単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) 150単位/月

算定要件

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定要件

- ① 訪問リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直ししていること。
- ② 指定訪問リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件

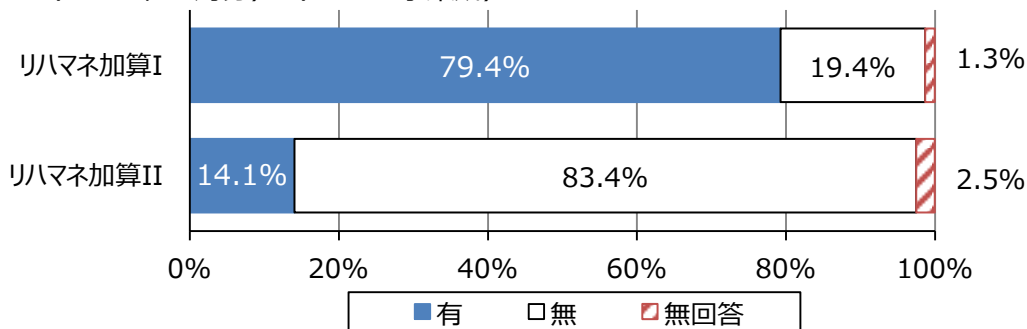
- ① リハビリテーション会議*を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- ② 訪問リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。
- ③ 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、訪問リハビリテーション計画を見直ししていること。
- ④ 指定訪問リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- ⑤ 以下のいずれかに適合すること。
 - (一) 指定訪問リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、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する助言を行うこと。
 - (二) 指定訪問リハビリテーション事業所のPT、OT及びSTが、指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、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する助言を行うこと。
- ⑥ ①から⑤までに適合することを確認し、記録すること。

*リハビリテーション会議は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要がある。

リハビリテーションマネジメント加算の届出等の状況

○リハビリテーションマネジメント加算Ⅰを届け出ていた訪問リハ事業所は79.4%、同加算Ⅱを届け出ていた事業所は14.1%であった。

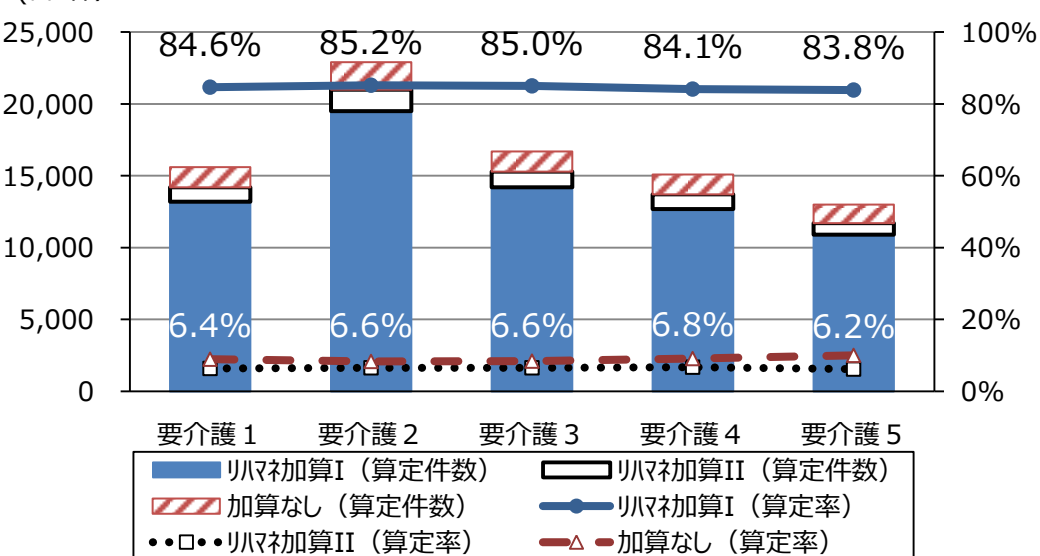
図表 2-2-70 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況
(2016年10月分) (n=878事業所)



(出典)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成28年度調査)

○リハビリテーションマネジメント加算Ⅰの算定率は要介護度によらず約85%、同加算Ⅱの算定率は要介護度によらず約6%であった。

図表 要介護度別にみたリハビリテーションマネジメント加算の算定状況 (2017年2月分)
(日・件)



(出典)厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年2月分)

○リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの届出をしていない事業所において、加算を算定しない理由は、「医師のリハ会議への参加が困難」が82.2%、「医師からの説明時間が確保できない」が61.1%、届出をしている事業所で算定していない利用者がいる場合その理由は、「医師のリハ会議への参加が困難」が62.1%、「医師からの説明時間が確保できない」が46.0%であった。

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの届出の有無別リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定していない利用者がいる理由 (複数回答)

	合計	医師の会議への参加が困難	医師からの説明時間が確保できない	毎月のリハ会議が負担である	本人・家族が意義・必要性を理解できない	利用者の経済的な負担が大きくなる	支給限度額の上限を超えてしまう	介護支援専門員の理解が得られない	その他	無回答
全体	789 100 %	625 79.2 %	466 59.1 %	460 58.3 %	90 11.4 %	216 27.4 %	128 16.2 %	71 9.0 %	53 6.7 %	13 1.6 %
有	87 100 %	54 62.1 %	40 46.0 %	33 37.9 %	25 28.7 %	23 26.4 %	15 17.2 %	13 14.9 %	12 13.8 %	0 0 %
無	684 100 %	562 82.2 %	418 61.1 %	416 60.8 %	60 8.8 %	186 27.2 %	110 16.1 %	57 8.3 %	40 5.8 %	11 1.6 %

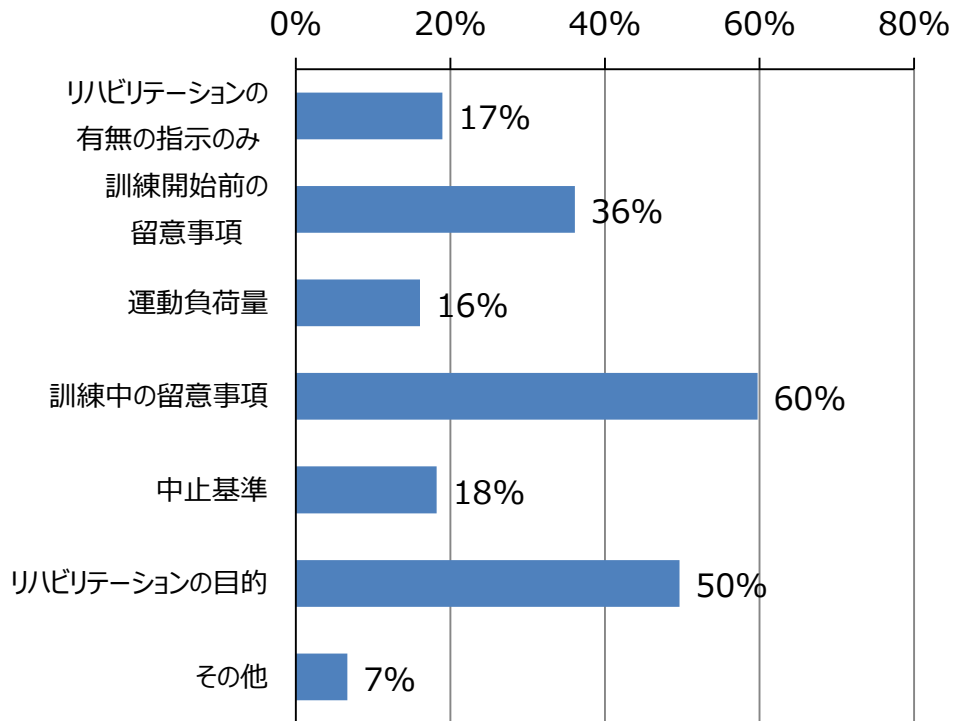
注) 表中にはリハビリテーション加算Ⅱの届出の有無について無回答の場合の記載を省略した。

(出典)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成28年度調査) 34

訪問リハビリテーションにおける事業所の医師の関与

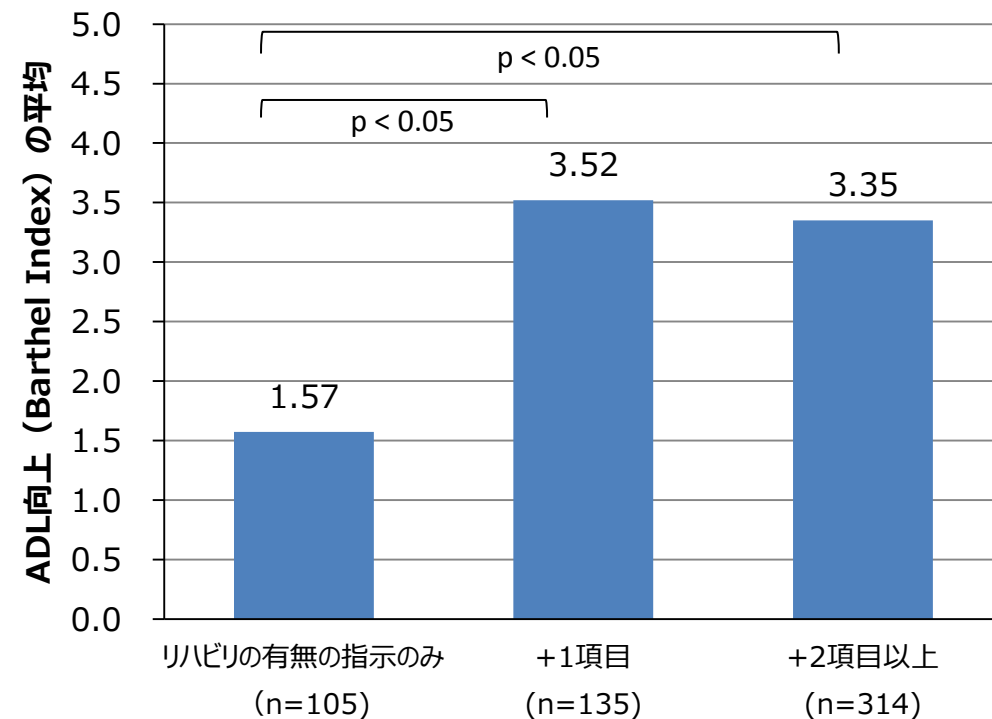
- 改定検証調査において、指定訪問リハビリテーション事業所で医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示は、リハビリテーション実施の有無のみのこともあれば、リハビリテーション実施上の留意点や運動負荷量、中止基準等が含まれることもあった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていた者を比較すると、後者でより大きい機能回復がみられていた。

医師からの指示の内容



医師からの指示の種類数別

訪問リハビリテーション開始時からのADL向上の平均
(Barthel Index)



注)
・平成28年6月～8月に訪問リハビリテーションを開始した554例を対象として集計した。

・「リハビリテーションの有無のみ」にチェックしつつ、他の項目にもチェックをした回答については、「リハビリテーションの有無のみ」に該当しなかったものとして扱った。

社会参加支援加算

概要

通所・訪問リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組※に移行するなど、質の高いリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価する。

※「社会参加に資する取組」とは、指定通所介護、指定通所リハビリテーションなどへ移行すること。

点数

訪問：社会参加支援加算 17単位／日

算定要件

・次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

① 社会参加への移行状況

$$\frac{\text{社会参加に資する取組等*を実施した実人数}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}} > 5\% \text{ であること。}$$

*指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型通所介護、第一号通所事業
その他社会参加に資する取組

② 訪問リハビリテーションの利用の回転率

$$\frac{\text{12月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。}$$

※平均利用月数の考え方＝
$$\frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の（新規開始者数＋新規終了者数）} \div 2}$$

評価対象期間

【評価対象期間】

1月1日～12月31日

【届出】

翌年3月15日まで

【算定期間】

翌年4月1日～

翌々年3月31日

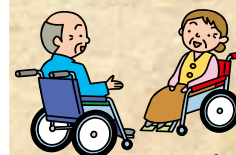


社会参加に資する
取組へ移行

【参加へ】

通所介護

家庭内の
役割づくり



地域の
通いの場



訪問して確認

※終了後14日～44日以内に訪問にて
3月以上参加が継続することを確認

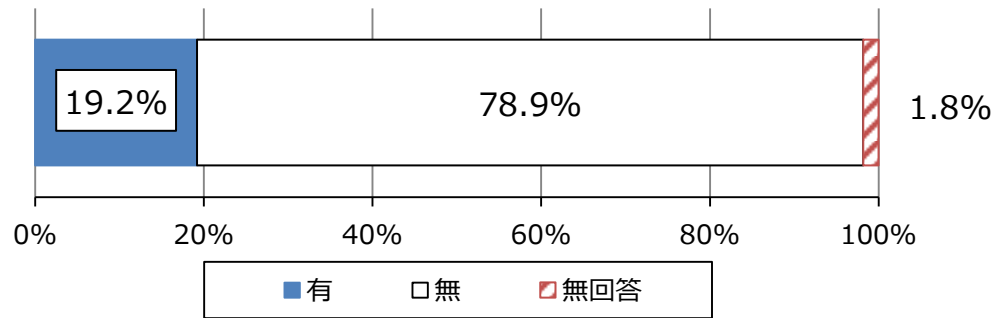
社会参加支援加算の届出等の状況

○社会参加支援加算を届け出ている訪問リハ事業所は19.2%であった。

○訪問リハで届出をしていない主な理由は、「利用者のリハビリテーションのゴールが社会参加となっていない」が40.1%、「利用者のADL、IADLの向上が進まず通所介護等に移行できない」が28.9%であった。

図表2-2-82 社会参加支援加算の届出状況
(2016年10月分) (n=878事業所)

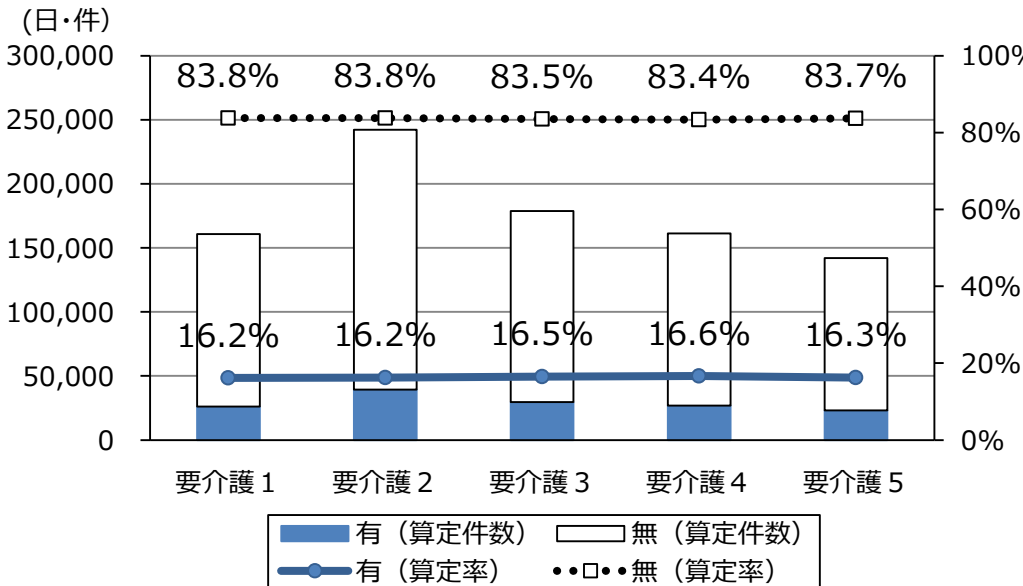
図表2-2-85 社会参加支援加算届け出をしていない理由
(2016年10月分) (n=641事業所)



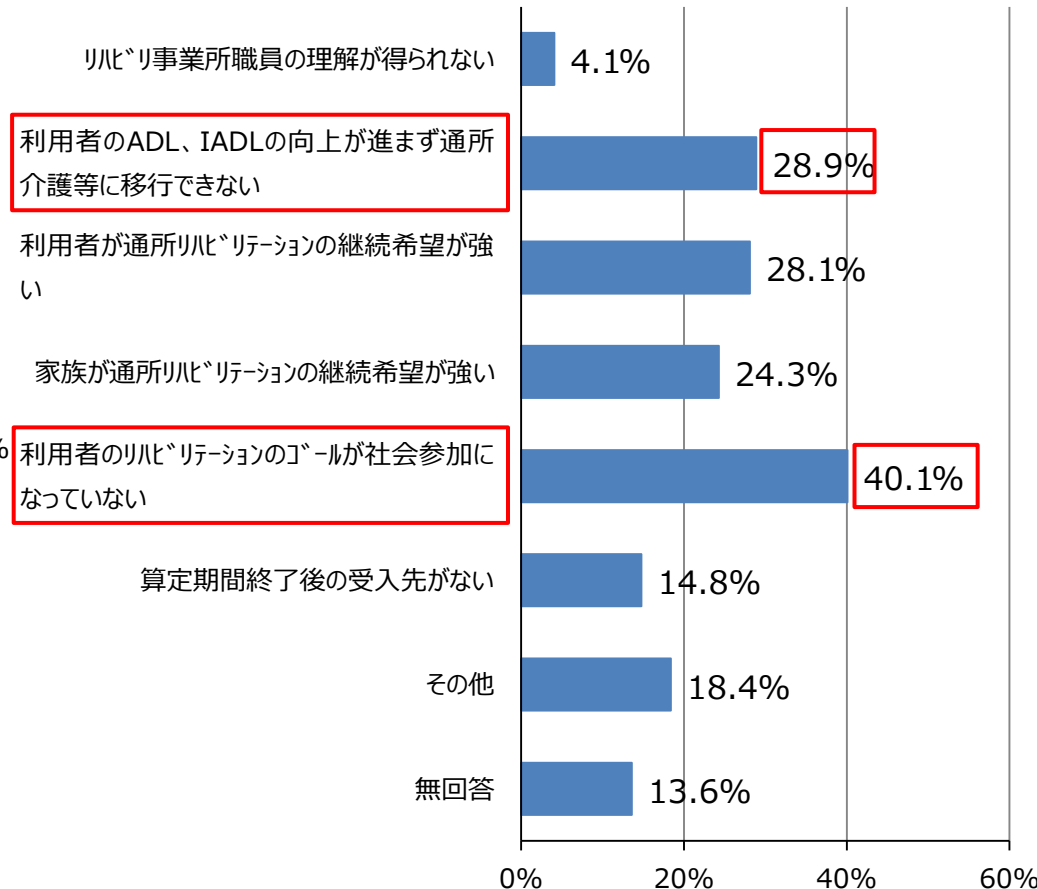
(出典) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成28年度調査)

○社会参加支援加算の算定率は要介護度によらず16%程度であった。

図表 要介護度別にみた社会参加支援加算の算定状況
(2017年2月分)



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年2月分)



注) 当設問は調査票上で選択肢について「訪問リハビリテーション」とする予定であったところ、「通所リハビリテーション」となる誤植があった。

(出典) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成28年度調査)

医療保険・介護保険におけるリハビリテーションに係る計画書等

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ある。

(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 訪問リハビリ

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

医療保険・介護保険におけるリハビリテーションに係る計画書等

リハマネジメント等において必要とされる作成書類

医療

点数	作成書類
+ リハビリ総合実施計画書	リハビリ実施計画書に替えて リハビリ総合実施計画書 (廃用症候群では評価表が必要)
+ 目標設定等支援・管理料	+ 目標設定等支援・管理シート

文書	内容
リハビリ実施計画書 リハビリ総合実施計画書	原因疾患、合併症、状態評価、目標、希望、方針
廃用症候群の評価表	廃用に至った経過、ADL評価、内容、見込み期間
目標設定等支援・管理シート	発症からの経過、ADL評価、目標、予後見通し、 介護保険のリハの利用見通し

介護

点数	作成書類
加算等なし	訪問リハビリ計画
+ リハマネ加算	
リハマネ加算 1	+ 別紙様式 1 - 3
リハマネ加算 2	+ 別紙様式 1 - 5

文書	内容・表題
訪問リハビリ計画	様式なし(別紙様式 2・3 を参照して差し支えない)
別紙様式 1	興味・関心チェックシート
別紙様式 2	リハビリテーション計画書 (経過、ADL・IADL評価、目標、リハビリ実施内容)
別紙様式 3	リハビリテーション計画書 (経過、ADL・IADL評価、目標、リハビリ実施内容)
別紙様式 4	リハビリテーション会議録
別紙様式 5	リハマネにおけるプロセス管理票

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

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、どのように考えるか。

- 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などの共通化による情報共有など、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。
- 同時改定という良い機会なので、実施計画書も平仄を合わせて、うまくひも付けできるように検討することで、医療保険から介護保険へ円滑に移行できる。