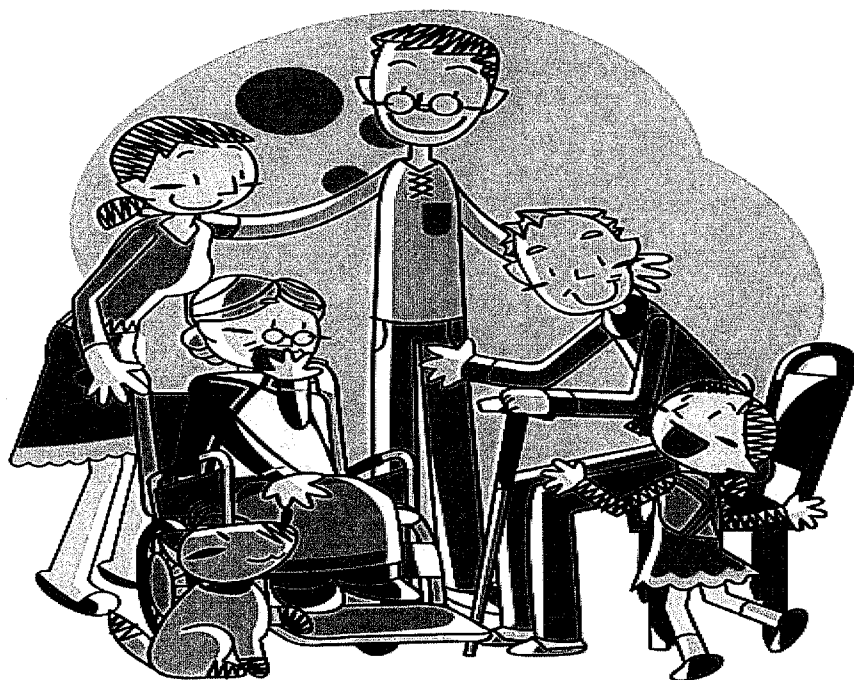


リハビリテーション 帳票マニュアル

2005年 7月初版
2007年 9月一部改訂
2008年 10月改訂
2010年 9月改訂



社団法人 京都私立病院協会
リハビリテーション部会運営委員会監修

目 次

◎ リハビリテーション帳票マニュアルの取扱いについて	1 ~ 3
A 院内組織図	4
B 施設基準に係る名簿	5
C 職員勤務予定（実施）表	6
D ₁ リハビリテーション指示箋	7
D ₂ リハビリテーション関連指導 指示箋	8
E ₁ リハビリテーション科 業務日誌	9
E ₂ リハビリテーション科 業務日誌	10
F リハビリテーション週間予定（実施）表	11
G リハビリテーション業務基準	12 ~ 23
H リハビリテーション業務手順	24 ~ 25
I フローチャート	26
J リハビリテーション実施記録	27
K 評価報告書	28
L リハビリテーション カンファレンス記録	29
M 理学・作業・言語 実施一覧表	30
N リハビリテーション実施計画書(21)	31
リハビリテーション実施計画書(21-2)	32
リハビリテーション実施計画書(1)(21-3)	33
リハビリテーション実施計画書(2)(21-3)	34
リハビリテーション総合実施計画書(23)	35
リハビリテーション総合実施計画書(23)	36
リハビリテーション総合実施計画書(23-2)	37
リハビリテーション総合実施計画書(23-2)	38

リハビリテーション帳票マニュアルの取扱いについて

このマニュアルは、京都私立病院協会のリハビリテーション部会運営委員会が参考資料として作成したものです。

このマニュアルに掲載している各種の帳票をこのまま利用される場合は、使いやすい大きさに拡大または縮小してご使用ください。

また、これらの様式についてはすべてワード又はエクセルで作成しておりますので、様式を修正してご使用になりたい場合には、京都私立病院協会事務局までご連絡ください。

各種帳票類の記載にあたっては、**黒のペン又はボールペン**を使用し、修正にあたっては修正液や修正テープを使用せず、**二重線**で行って下さい。（訂正印は必要なし）

A 院内組織図

- ・リハビリテーション部門が診療補助部門として位置づけられている。

B 従事者一覧表

- ・職種、氏名、免許番号、免許取得年月日、勤務形態、就職年月日、健康保険証番号を記載した一覧表を作成する。記載内容に変更があれば、その都度更新する。

C 職員勤務予定（実施）表

- ・概ね1ヵ月前までに所属長が勤務予定表を作成し、院長決裁を受ける。
- ・最初は予定欄に記載し、変更があった場合のみ実施欄に記入する。
- ・あらかじめ各勤務時間を下欄に記載する。

D1 指示箋

- ・リハビリテーションの開始前に必ず医師が指示箋を発行する。
- ・指示箋を受けた時点で記入もれや記載誤りがないか確認し、記入もれや記載誤りがある場合には必ず医師に連絡する。
- ・指示箋は2部作成し、1部はカルテに、もう1部をリハビリカルテに貼付する。
- ・訓練内容を変更する場合には、医師に連絡し、医師が指示箋を再発行する。

D2 指導等指示箋

- ・リハビリ関係の指導については、本来医師が自ら実施し算定するものであるが、医師の指示（文書）を受けたPTやOTが看護師等と共同で実施した場合にも算定できる。
PTやOTが各種の指導を実施する場合には、必ず医師から指示箋を受け、実施者が記録を作成し、医師に報告する。
- ・指示箋と報告書は1枚にしてもよい。または指示箋および報告書を2部作成し、1部はカルテに、もう1部をリハビリカルテに貼付する。

E 業務日誌（E₁ 疾患別 E₂ 療法別 いずれかを選択して下さい。）

- ・業務日誌は、所属長又は担当者が日々記載し、院長決裁を受ける。
- ・各従事者の前日分の週間予定（実施表）をもとに、外来・入院の別、個別・集団の別などの総実施件数を記入するとともに、各従事者の実施単位数が個別最大24単位（標準18単位）を超えていないか確認する。

F 週間予定（実施）表

- ・各従事者は翌週分の予定表を作成し、所属長に提出する。所属長は、各従事者の予定表で支障がないか確認する。1日および1週間の制限単位数を超える可能性がある場合には、他の従事者に振り替えるなどの指示を行う。
- ・各従事者は実施単位数を計算し、1日最大24単位で1週間最大108単位であることを確認する。
- ・所属長又は業務日誌の記載者は、各従事者の前日の実施表を見ながら、総単位数等を記入する。
- ・予定から変更した場合は修正液等を使用せず、二重線で訂正する。
- ・医療と介護、個別と集団で色分けするか、記号を付けると集計しやすい。

G 業務基準

- ・業務基準はリハビリテーション科で行うすべての業務内容について具体的に記載する。
- ・診療報酬改定等で施設基準が変更された場合には、速やかに更新する。
- ・所属長は、専任医師ならびに全ての従事者に業務基準を配付し、各従事者は業務基準に沿って実施できているかどうか定期的に確認する。

H 業務手順

- ・業務手順は、リハビリテーション科で行うすべての業務内容について、具体的な流れを文章として記載する。
- ・診療報酬改定等で施設基準が変更された場合には、速やかに更新する。
- ・所属長は、専任医師ならびに全ての従事者に業務手順を配付し、各従事者は業務手順に従って実施できているかどうか定期的に確認する。

I フローチャート

- ・リハビリテーションの開始から終了までの流れを図式化する。
- ・業務基準や手順の内容を従って作成する。

J 実施記録（リハビリ記録）

- ・各従事者は実施単位終了ごとに実施記録を記載する。記録内容は、実施日、実施時間（開始・終了）、個別・集団の別、各種加算の有無、実施単位数、訓練内容、患者の所見や訓練実施後の評価である。目立って変化のない維持期の患者であっても、概ね1週間に一度は評価を行うとともに所見を記入する。
- ・所属長は、各従事者の実施記録に記載もれや記載誤りがないか定期的にチェックする。

- ・1ヵ月終了後に実施記録と医事課へ提出する実施一覧を突き合わせて、実施日や実施回数等が合っているか確認する。

K 初期・中間報告書

- ・リハビリテーションの開始前および開始後定期的に評価し、医師へ報告する。医師は報告書をもとに継続の必要性、訓練内容の変更等について判断して指示を行う。

L カンファレンス記録

- ・定期的にカンファレンスを開催し、専任医師、従事者、看護師等が訓練の実施内容や状況等について意見・情報交換を行う。検討した内容についてはカンファレンス記録等に記載する。

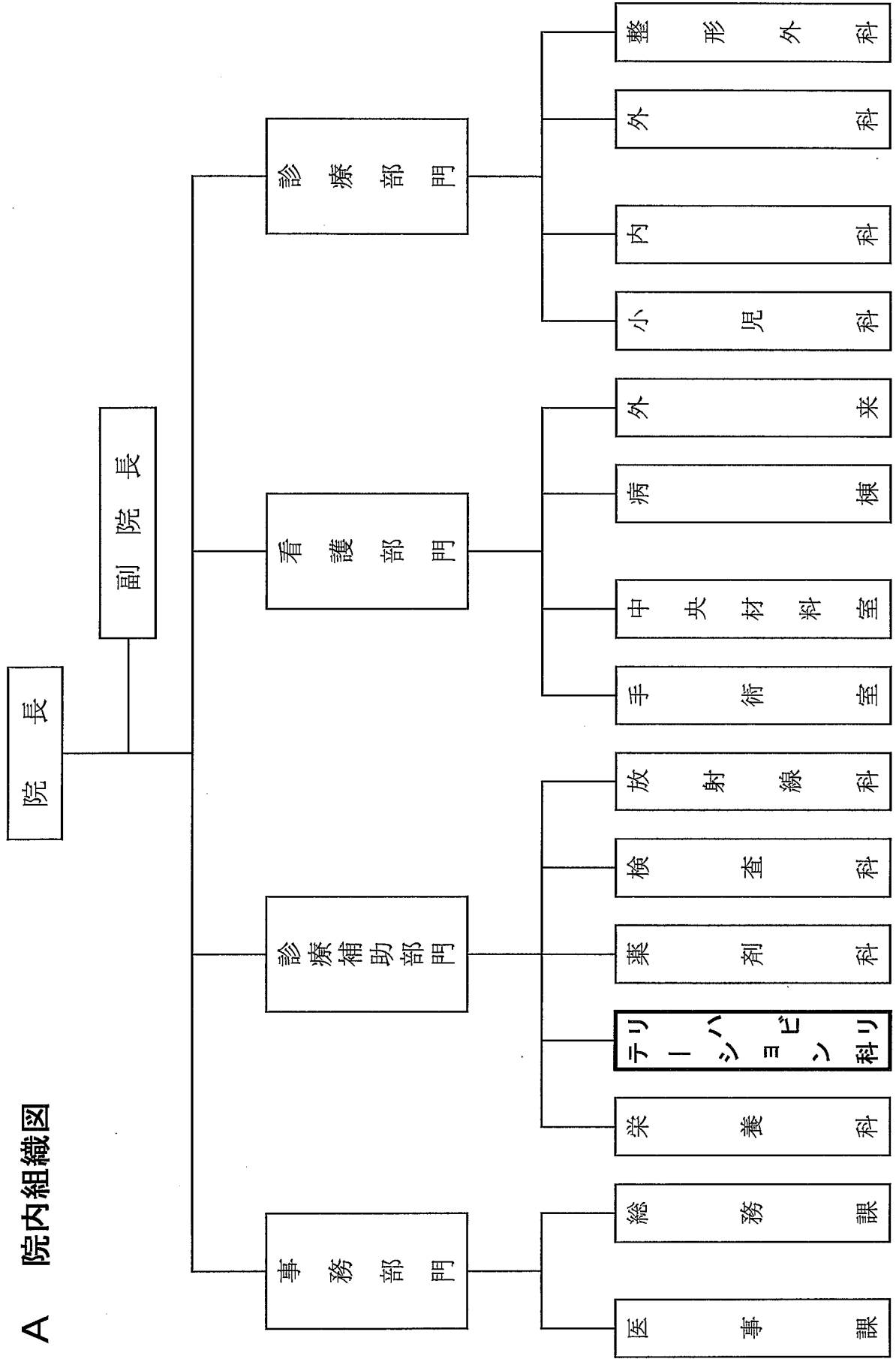
M 実施一覧表（医事課提出用）

- ・実施記録（リハビリ記録）をもとに実施一覧表を作成し、医事課へ提出する。実施記録に記載がなければ算定できないことから、実施日や実施回数等が合っているか必ず確認する。

N 実施計画書・総合実施計画書

- ・G リハビリテーション業務基準を参照のこと。
- ・様式は、実施計画書については21、21-2、21-3、総合実施計画書については23、23-2のいずれを使用してもよい。

A 院内組織図



D1 リハビリテーション 指示箋

年 月 日

氏 名 殿

生年月日

病 棟 () ・ 外 来

診療科
指示医 ㊞

診断名	<input type="checkbox"/> 発症日	年 月 日
手術名	<input type="checkbox"/> 手術日	年 月 日
障害名	<input type="checkbox"/> 起算日	年 月 日

【指示項目】 開始 中止 変更 追加 継続	
【算定日数超え】 改善見込み 治療上有効 維持 (13単位以下)	
PT: 運動器 () 脳血管 () 呼吸器 () 心大血管 ()	計 単位
OT: 運動器 () 脳血管 () 呼吸器 ()	計 単位
ST: 脳血管 () 集団コミュニケーション ()	計 単位
消炎鎮痛 ・ 牽引 ・ 摂食機能	計 単位

理学療法 訓練室・ベットサイド 1. 評価 () 2. 可動域訓練 3. 筋力強化 4. 起居・移動訓練 5. 歩行訓練 6. 全身調整訓練 7. 腰痛体操 8. 肺理学療法 9. その他 ()	作業療法 訓練室・ベットサイド 1. 評価 () 2. 機能的作業療法 3. 心理支持的作業療法 4. ADL訓練 5. IADL訓練 6. 高次脳機能評価・訓練 7. その他 ()
物理療法 1. 牽引 頸部 () kg 腰部 () kg 2. マッサージ (部位:) 3. 温熱治療: ホットパック (部位:) マイクロ (部位:) 4. 電気・光線療法: (部位:) 5. 渦流浴 (部位:) 6. その他 ()	言語聴覚療法 訓練室・ベットサイド 1. 評価 (言語・嚥下・知能) 2. 言語訓練 3. 摂食・嚥下訓練 4. 聴力検査 5. 高次脳機能評価・訓練 6. その他 ()

◎その他・禁忌・合併症・指示・連絡事項

受付 年 月 日	リハ専任医 ㊞
リハビリ担当 PT ㊞	OT ㊞ ST ㊞

E1 リハビリテーション科 業務日誌

院 長	所属長	記載者

年 月 日 ()

PT

出勤者											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OT

出勤者											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ST

出勤者											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◇新患／ 名 ()

◇退院／ 名 ()

◇中止／ 名 ()

		外来	入院	個別	集団
脳血管	人数				
	単位数				

運動器	人数			
	単位数			

呼吸器	人数			
	単位数			

心大血管	人数			
	単位数			

消炎鎮痛等処置	人数		
	単位数		

◇退院時リハビリテーション指導／ 件 ◇退院前訪問指導／ 件

◇摂食機能療法／ 件 ◇総合計画評価料／ 件

◎備考／

E2 リハビリテーション科 業務日誌

院 長	所属長	記載者

年 月 日 ()

P T											
出勤者											

O T											
出勤者											

S T											
出勤者											

◇新患／ 名 ()

◇退院／ 名 ()

◇中止／ 名 ()

		外来	入院	医療	介護	個別
理 学 療 法	人 数					
	単位数					

		外来	入院	医療	介護	個別
作 業 療 法	人 数					
	単位数					

		外来	入院	医療	介護	個別	集団
言語聴覚療法	人 数						
	単位数						

		外来	入院	医療	介護
消炎鎮痛等処置	人 数				
	単位数				

◇退院時リハビリテーション指導／ 件 ◇退院前訪問指導／ 件

◇摂食機能療法／ 件 ◇総合計画評価料／ 件

◎備考／

F リハビリテーション週間予定（実施）表

記載者

[年 月]

開始時間	(日) 日曜日	(日) 月曜日	(日) 火曜日	(日) 水曜日	(日) 木曜日	(日) 金曜日	(日) 土曜日
9:00~							
9:20~							
9:40~							
10:00~							
10:20~							
10:40~							
11:00~							
11:20~							
11:40~							
12:00~	休 憩						
13:00~							
13:20~							
13:40~							
14:00~							
14:20~							
14:40~							
15:00~							
15:20~							
15:40~							
16:00~	リハビリ記録等の整理						
保険別 単位数	(A)医療/ 単位 (B)介護/ 単位	(A)医療/ 単位 (B)介護/ 単位	(A)医療/ 単位 (B)介護/ 単位	(A)医療/ 単位 (B)介護/ 単位	(A)医療/ 単位 (B)介護/ 単位	(A)医療/ 単位 (B)介護/ 単位	(A)医療/ 単位 (B)介護/ 単位
療法別 単位数	① 個別/ 単位 ② 集団/ 単位	① 個別/ 単位 ② 集団/ 単位	① 個別/ 単位 ② 集団/ 単位	① 個別/ 単位 ② 集団/ 単位	① 個別/ 単位 ② 集団/ 単位	① 個別/ 単位 ② 集団/ 単位	① 個別/ 単位 ② 集団/ 単位
摂食機能 療法	件	件	件	件	件	件	件
合 計 単 位	単位	単位	単位	単位	単位	単位	単位
週 合 計 単 位	単位						

G リハビリテーション業務基準（理学療法・作業療法・言語聴覚療法 共通）

【リハビリテーションの目的】

リハビリテーション（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）は、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立及び介助の軽減を図るために、種々の運動療法・歩行訓練・日常生活動作訓練・物理療法等を組み合わせることで個々の症例に応じて行う。リハビリテーションの実施にあたっては、適切な実施計画を算定し、その効果を定期的に評価し、計画を見直しつつ実施する。

【外来診察日と受付時間】

各施設に準ずる。

【リハビリテーション訓練時間】

各施設に準ずる。

【リハビリテーション開始・終了基準】

（1）開始基準

医師がリハビリテーションを必要と認めた患者に対して実施する。開始にあたっては、医師が疾患別に訓練内容を決定し、指示箋を発行する。

リハビリテーションを開始する際には必ずリスク管理を行い、異常がないことを確認する。訓練内容の変更が必要な場合は、医師の判断に基づき、再度指示箋を発行してもらう。訓練実施中に異常があった場合は、一旦中断し、直ちに医師へ報告する。

（2）終了基準

下記の項目に該当する場合は、医師への報告、指示のもと、リハビリテーションを終了する。

- ・リハビリテーション実施計画書に掲げた目標をすべて達成した場合。
- ・リハビリテーションを実施しなくても機能改善が図れる又は終了しても機能維持ができる判断された場合。
- ・患者がリハビリテーションを望まない場合。
- ・その他、終了可能と判断された場合。

◆リハビリテーションにおける療法・保険算定・加算・指導

1) リハビリテーション療法

1. 疾患別リハビリテーション料

リハビリテーション料と実施日数

	心大血管	脳血管疾患 廃用症候群以外	脳血管疾患 廃用症候群	運動器	呼吸器
(Ⅰ)	200点	245点	235点	175点	170点
(Ⅱ)	100点	200点	190点	165点	80点
(Ⅲ)		100点	100点	80点	
算定日数上限	150日	180日	180日	150日	90日

1) 【疾患別リハビリテーション料体系】

<脳血管疾患等リハビリテーション料>

基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。

脳血管疾患等リハビリテーション料の「廃用症候群以外の場合」の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下の表に示すいずれかに該当するものである。また、「廃用症候群」の対象となる患者は、外科手術又は肺炎等の治療時の安静時による廃用症候群の患者であって、治療開始時において、FIM115 以下、BI85 以下の状態等のものをいう。

急性増悪とは、脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる疾患の増悪等により、1 週間以内に FIM 得点又は BI が 10 以上低下するような状態等に該当する場合をいう。

廃用症候群に該当するものとして脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する場合は、廃用をもたらすに至った要因、臥床・活動性の低下の期間、廃用の内容、介入による改善の可能性、改善に要する見込み期間、前回の評価からの改善や変化、廃用に陥る前の ADL について、別紙様式 22 を用いて、月ごとに評価しレセプトに添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。

<対象患者（別表第九の五）>

【廃用症候群以外】

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者
脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者

多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者

パーキンソン病、脊髄小脳変性症、その他の慢性の神経筋疾患の患者

失語症、失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者

難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者

顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

リハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来している患者

【廃用症候群】

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者

<運動器リハビリテーション料>

基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るため、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせる個々の症例に応じて理学療法士又は作業療法士が行った場合に算定する。また、(I)の基準を届出している(I)が算定できるのは、対症患者(別表参照)のうち、入院中の上・下肢の複合損傷等や手術後の患者に限られ、別表の2に示す関節の変性疾患や運動器不安定症等の患者や入院中の患者以外のものは(II)を算定する。

<対象患者（別表第九の六）>

1. 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及び日常生活能力の低下を来している患者
2. 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その手術後の患者であって、入院中の患者以外のもの
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及び日常生活の能力の低下を来している患者

<心大血管疾患リハビリテーション料>

心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合のみ算定する。なお、関係学会に

より周知されている「心疾患における運動療法に関するガイドライン」に基づいて実施すること。

専任の常勤医師が1名以上勤務しており、患者の急変時等に連絡を受けた際に当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。

入院中の患者については、医師又は理学療法士及び看護師の1人当たりの患者数はそれぞれ1回15人程度、1回5人程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1回20人程度、1回8人程度とする。

訓練を実施する場合、患者一人につき概ね3平方メートル以上の面積を確保すること。

専用の機能訓練室（少なくとも病院については30平方メートル以上、診療所については20平方メートル以上）を有していること。また、当該療法を実施する時間帯に、それぞれの施設基準を満たすことを条件に他の疾患別リハビリ等と同一時間帯に兼用できることとされた。

<対象患者（別表第九の四）>

急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者
慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

<呼吸器リハビリテーション料>

呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせる個々の症例に応じて、経験を有する理学療法士又は作業療法士が行った場合に算定する。

<対象患者（別表第九の七）>

肺炎、肺気腫、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者
肺腫瘍、胸部外傷、その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者
慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下をきたしている患者
食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸器機能訓練を要する患者

2. 難病患者リハビリテーション料・障害児（者）リハビリテーション料

<難病患者リハビリテーション料> 1日につき640点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して社会生活機能の回復を目的としてリハビリを行う場合に算定。

実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。

<短期集中リハビリテーション実施加算> 1ヶ月以内 280点 1ヶ月以上3ヶ月以内 140点

医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリを行う場合は退院から起算して3ヶ月以内

の期間に限り、退院日から起算した日数に応じて、点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。1ヵ月以内に行われる場合は、1周につき概ね2回以上、1回当たり40分以上、1ヶ月を超え3ヶ月以内の場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり20分以上の実施で算定する。

<対象患者（別表十）>

- | | |
|-----------------------|--|
| ベーチェット病 | ハンチントン病 |
| 多発性硬化症 | モヤモヤ病（ウィリス動脈症候群） |
| 重症筋無力症 | ウェゲナー肉芽腫症 |
| 全身性エリテマトーデス | 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群） |
| スモン | 広範脊柱管狭窄症 |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 特発性大腿骨頭壊死症 |
| 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎 | 混合性結合組織病 |
| 結節性動脈周囲炎 | プリオン病 |
| ビュルガー病 | ギラン・バレー症候群 |
| 脊髄小脳変性症 | 黄色靱帯骨化症 |
| 悪性関節リウマチ | シェーグレン症候群 |
| パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、 | 成人発症スチル病 |
| 大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病） | 関節リウマチ |
| アミロイドーシス | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 後縦靱帯骨化症 | 副腎白質ジストロフィー |
| ライソゾーム病 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄性筋萎縮症 | |
| 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | |

<障害児（者）リハビリテーション料> 1単位あたり

1. 6歳未満の患者の場合	220点
2. 6歳以上18歳未満の場合	190点
3. 18歳以上の場合	150点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、児童福祉法第43条の3および第43条の4に規定する肢体不自由児施設および重度心身障害児施設、または同法第7条第6項に規定する国立高度専門医療センターおよび独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関、又は当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関で、個別療法であるリハビリテーションを行なった場合に算定する。患者1人につき1日6単位まで算定可能。ただし、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定して

いる保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能である。

機能訓練室（少なくとも、病院 60 平方メートル以上、診療所 45 平方メートルとする。）を有すること。

<対象患者（別表第十の二）>

脳性麻痺

胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又脊髄の奇形及び障害

顎・口腔の先天異常

先天性の体幹四肢の奇形又は変形

先天性神経代謝異常症、大脳白質変形症

先天性又は進行性の神経筋疾患

神経障害による麻痺及び後遺症

言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害

<がん患者リハビリテーション料> 200 点（1 単位につき） 1 日 6 単位まで

がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。また、算定は専任の医師または医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を終了した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合にできる。

<対症患者（別表第十の二の二）>

- 一 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、大腸がん又は膵臓がんと診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間に閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの
- 二 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがんと診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの
- 三 乳がんとして診断された患者であって、乳がんの治療のために入院している間にリンパ節郭清を伴う乳腺悪性腫瘍手術が行われる予定のもの又は行われたもの
- 四 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移と診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間にこれらの部位に対する手術、化学療法若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの
- 五 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍と診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間に手術若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの

- 六 血液腫瘍と診断された患者であって、血液腫瘍の治療のために入院している間に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの
- 七 がんと診断された患者であって、がん治療のために入院している間に化学療法（骨髄抑制が見込まれるものに限る）が行われる予定のもの又は行われたもの
- 八 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

＜集団コミュニケーション療法料＞ 50点（1単位につき） 1日3単位まで

脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料を算定する患者のうち、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者に対して行う。

実施単位数は言語聴覚士1人あたり1日のべ54単位を限度とする。また、集団コミュニケーション療法3単位を疾患別リハビリテーション1単位とみなした上で1日に概ね18単位、週に108単位を超えないものとする。

なお開始時及びその後3か月に1回以上、患者又はその家族に対して集団コミュニケーション療法の実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

＜摂食機能療法＞ 185点（1日につき）

摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者（発達遅滞、顎や舌の手術又は脳血管疾患等の後遺症者）に対して、治療計画書に基づき、1日1回30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。摂食機能療法を開始した日から3ヶ月以内については毎日算定可能だが、その後は月4回までの算定となる。摂食機能療法終了後、症状増悪時は、再び実施開始が可能。実施にあたっては、医師は定期的な摂食機能検査を基に、その効果判定を行い、実施計画を作成する必要がある。なお、実施する場合は、訓練内容及び治療開始日を診療録に記載する。

2 保険算定

1 【保険点数の算定制限】

一人の従事者が一人の対象者に対し、重点的に個別的訓練を行う場合に算定する。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、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションの点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下「1単位」）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。

物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。

疾患別リハビリテーション料は1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別訓練を行う必

要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士と患者が1対1で行った場合に算定し、実施単位数は従事者1人につき1日18単位を目標とし、週108単位に限り算定する。ただし、1日24単位を上限とする。

患者一人につき一日合計6単位、厚生労働大臣の定める患者については合計9単位に限り算定できる。

<厚生労働大臣の定める患者>

- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ② 脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの
- ③ 入院中の患者で、入院している病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管、脳血管疾患等、運動器、呼吸器リハビリテーション料（I）を算定するもの。

2【算定日数を超えたりハビリの実施に関して】

各疾患別リハビリテーションの標準的算定日数を超えた患者については、1ヶ月あたり13単位に限り算定できる。なお、その際には、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションによるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行う。ただし、別表第九の八に掲げる患者であっ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る場合や、治療上有効であると医学的に判断される場合（別表第九の九）には、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。

<算定日数の上限の除外対象患者(別表第九の八)>

1.失語症、失認及び失行症の患者

高次脳機能障害の患者

重度の頸髄損傷の患者

頭部外傷及び多部外傷の患者

慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者

心筋梗塞の患者

狭心症の患者

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

亜急性期入院医療管理料の注2に規定するリハビリテーション提供体制加算を算定する患者

難病患者リハビリテーション料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く）

障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者(加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る)

その他各リハビリテーション料に規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者

2.先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者

障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く）

<日数制限除外規定>（別表第九の九第一号）

疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、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る場合（別表第九の八第一号・別表第九の九第一号）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せて、継続することとなった日およびその後1ヶ月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。

なお、当該リハビリテーション実施計画書は

- ① これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）
- ② 前月の状態との比較をした当月の患者の状態
- ③ 将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間
- ④ 下に記す指標を用いた具体的な改善の状態
 - 機能的自立度評価法（Functional Independence Measure 以下「FIM」）、
 - 基本的日常生活活動度（Barthel Index 以下「BI」）
 - 関節の可動域 ○歩行速度及び運動耐用能力 などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、

などを記載したものであること。

ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を摘要欄に記載したうえで、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2008年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリテーションの開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

(別表第九の九第二号)

疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（別表第九の八第二号・別表第九の九第二号）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3ヶ月に1回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。

なお、当該リハビリテーション実施計画書は

- ① これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）
 - ② 前月の状態とを比較した当月の患者の状態
 - ③ 今後のリハビリテーション計画等
- について記載したものであること。

<医療保険と介護保険の給付調整>

医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日から1月前までの間に限り、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーションを行った日以外の日介護保険におけるリハビリテーション料を算定することができる。（平成20年3月28日疑義解釈参照）

3 加算

【早期リハビリテーション加算】 45点（1単位につき）

脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料は、算定起算日から30日間に限り、心大血管疾患リハビリテーション料と呼吸器リハビリテーション料は、治療開始日から30日間に限り、1単位につき加算できる。入院中の患者についてのみ算定でき、また訓練室以外の病棟（ベットサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。

4 指導

【退院前訪問指導料】 410点

継続して1ヶ月以上の入院が見込まれる患者の退院に先だって患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者または、その家族に退院後の療養上必要と考えられる指導を行なった場合に算定する。医師の指示のもとに、一回の退院につき一回を限度として算定する。特別養護老人ホーム等施設へ入所予定の患者には算定できない。

【退院時リハビリテーション指導料】 300点 (ST除く)

入院していた患者が退院するにあたって、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者または、その家族に退院後の療養上必要と考えられる指導を行なった場合に退院日に算定する。転院・死亡退院の場合は算定できない。患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として、体位変換、起座または離床訓練、立位訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法などを指導し、内容の要点をリハビリテーション記録に記載する。

◆リハビリテーションにおける記録・計画書

1 記録

【診療録記載】

リハビリテーションに関する記録は、関係する医師やスタッフが必要時閲覧できるようにする。

【リハビリテーション実施記録】

リハビリテーションに関する各療法を実施したすべての症例に対して実施記録を記載する。記載内容として日付、開始/終了時刻、各種加算の有無、実施単位数、実施内容、担当者名、患者の所見や訓練実施後の評価の記載をする。

2 計画書

【リハビリテーション総合実施計画料】 300点

リハビリテーション総合実施計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。

注一 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器疾患リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定できる。

【リハビリテーション実施計画書】

疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、リハビリテーションの開始時およびその後3か月に1回以上実施計画の作成および説明、診療録への要点を記載する。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、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る場合は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、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書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。

また、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合は継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。

※労災リハビリテーションに関しては、[労災診療費算定基準／厚生労働省労働基準局・日本医師会] などをご参照ください。

H リハビリテーション業務手順 ※Iフローチャート（P24）を参照

（理学療法・作業療法・言語聴覚療法 共通）

1. リハビリテーションの指示と患者情報の収集

医師がリハビリテーション指示箋を記載し、リハビリテーション科に発行する。

リハビリテーション科は指示箋を受け取り、その記載内容を確認した後、複写のうち1枚は本カルテに、後はそれぞれの担当者が患者ごとのリハビリテーションカルテに添付する。担当セラピストは関係書類を作成・準備し、担当医や看護師等から患者について聞き取りを行なうとともに、カルテを参照するなどして患者情報を収集する。

2. 諸検査及び、初期評価

担当医及び、PT・OT・STは療法を実施する前に関節可動域検査、徒手筋力検査等の諸検査を実施し、初期評価を行なう。担当医は、立案したプログラムをもとにリハビリテーション実施計画書を作成し、その内容を説明して、実施計画書のコピーをカルテに添付する。

3. 週間予定(実施)表の作成

担当のセラピストごとに1週間分の実施予定表を作成し、入院患者の予定については病棟へ連絡する。外来患者についても、なるべく予約制にする。予定単位数を事前に把握し、規定の制限単位数を超えないように調整する。

4. リハビリテーション実施記録

訓練を実施後、リハビリ記録に実施日、開始時間と終了時間、疾患別、プログラム内容、実施単位数、患者の所見、訓練の評価等を記載し、実施者がサインまたは押印する。

リハビリ記録には、実施したプログラム内容や患者の訓練中の状態を記載し、画一的にならないように心掛ける。記載誤りを訂正する場合には、二重線で訂正(訂正印は特に必要なし)し、修正液などは絶対に使用しない。

5. 実施一覧表の作成と医事課への連絡

1ヶ月毎に各セラピストがリハビリカルテをもとに、実績を実施一覧表に記入し、月の最後に所属長が確認した後、医事課へ提出する。

6. カンファレンス

医師・看護師・ケースワーカー・PT・OT・ST等は適宜カンファレンスを行ない、リハビリ実施患者について個々の状況を把握し、プログラム内容の見直しや継続の必要性について検討する。

カンファレンスで検討した内容は、カンファレンス記録等に記載し保管する。リハビリテ

ーションの指示内容が変更になる場合は、医師から新たな指示箋を発行してもらう。また、医師はリハビリテーション実施計画書を見直して患者に説明し、説明内容の要点をカルテに記載する。

7. 医師への報告・実施計画書の説明

患者の状態が変化している場合やプログラムの見直しが必要な場合、または医師への報告が必要と思われる場合には、その都度評価し、医師へ報告する。報告の結果、リハビリテーションの指示内容が変更になる場合は、医師から新たな指示箋を発行してもらう。疾患別のリハビリテーション実施にあたり、医師の定期的な運動機能検査のもとに、リハビリテーションの効果判定を行ない、リハビリテーション実施計画書を作成する。医師が患者に対して計画書の内容を説明し、カルテに添付しておく。

医師からコメント(カンファレンスや回診等も含む)があった場合、リハビリテーションカルテに日付・コメント内容・医師名を記載しておく。

8. 終了

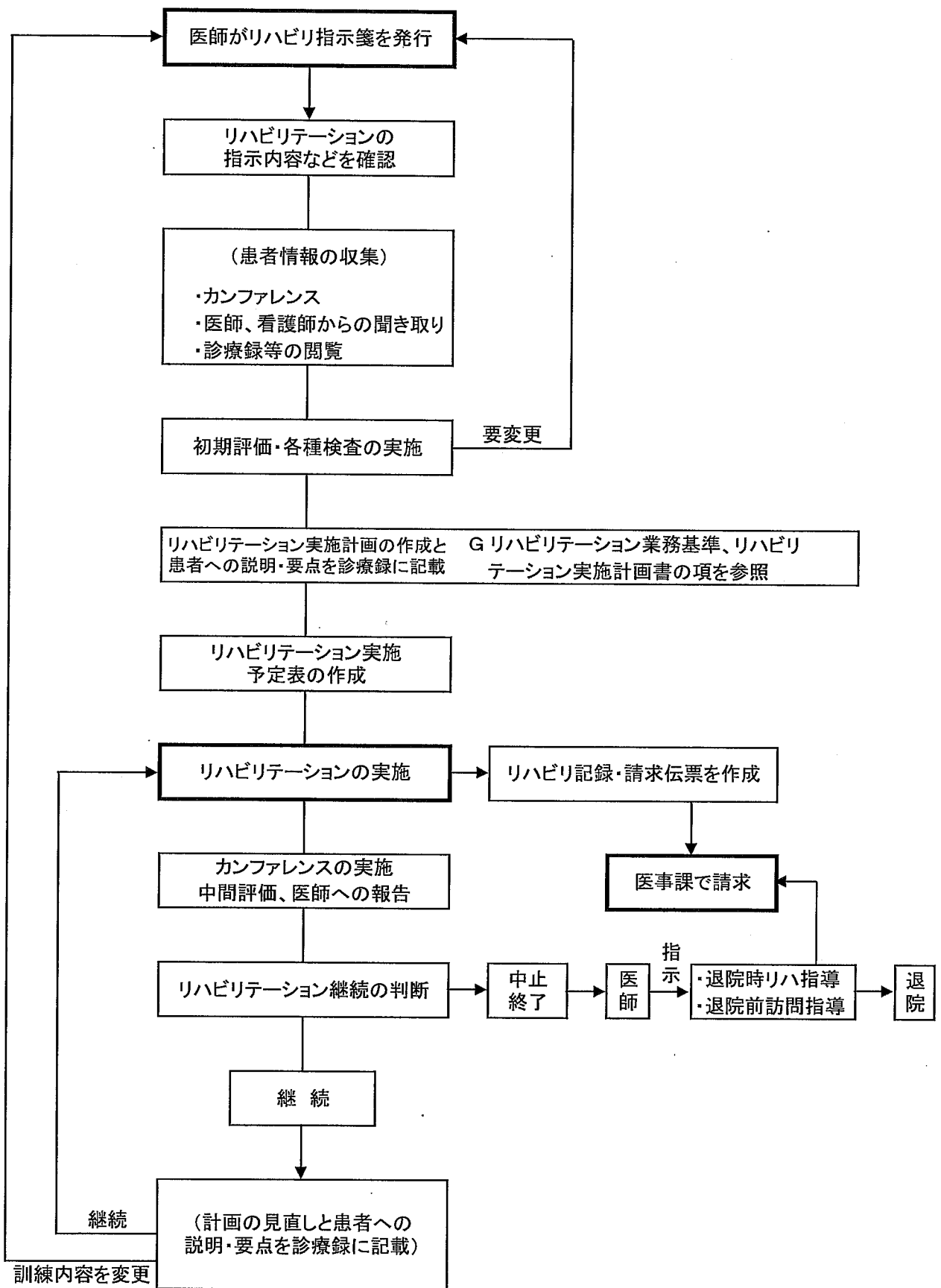
終了時にはサマリーを作成し、カルテに添付する。また、退院指導等を行った時は、内容をカルテに記載する。

カルテは綴じて保管する。

9. 業務日誌の記載

業務日誌に、その日の実施単位数を記載し、各従事者の週間予定(実施)と照らし合わせながら、1日1人あたりの実施単位数を超えていないか確認する。

I フローチャート



J リハビリテーション（理学作業言語）実施記録

（ 年 月 ）

実施日	実施時間	種別	実施単位	種別	早期加算	訓練内容	所見・評価	実施者 印・サイン
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機 能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機 能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機 能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機 能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機 能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳 運 呼 心 摂 管 器 器 管 能 血 動 吸 血 機 能				

K 評価報告書 (初期 ・ 中間)

医師確認欄

科	Dr	報告日 / 年 月 日
		報告者 /
<input type="checkbox"/> 初期評価 評価日 / 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 中間評価 評価日 / 年 月 日		
ID / 外来 ・ 入院 患者氏名 / 様 男 女 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生 才		
検査日 / 年 月 日		訓練期間 / 約 年 カ月
◎評価		
◎目標		
◎プログラム		
◎備考		

L リハビリテーションカンファレンス記録

◎開催日時〔 年 月 日 () : ~ : 〕

担当医	リハDr	所属長	記載者

検討ケース		担当 医師	担当 従事者	検討内容・評価など	医師のコメント
患者	入院 外来	医療 介護			
患者	入院 外来	医療 介護			
患者	入院 外来	医療 介護			
患者	入院 外来	医療 介護			
出席者					

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女		年生(歳)		計画評価実施日 年 月 日		
リハ担当医	PT	OT	ST				
原因疾患(発症・受傷日)				合併疾患・コントロール状態(高血圧,心疾患,糖尿病等)			

評価項目・内容[コロン(:)の後に具体的内容を記入]

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレート) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位,MMT:)	<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(口構音障害, 口失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:
	基本動作 <input type="checkbox"/> 立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施	

自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」					姿勢・場所(訓練室・病棟等)介助内容等	
	自	監	一	全	非	独	監	一	全	非		
ADL・ASL等	立	視	部	介	実	立	視	部	介	実	使用用具 杖・装具	姿勢・場所(訓練室・病棟等)介助内容等
屋外歩行												
病棟トイレへの歩行												
病棟トイレへの車椅子駆動												
車椅子・ベッド間移乗												
椅子座位保持												
ベッド起き上がり												
排尿(昼)												
排尿(夜)												
食事												
整容												
更衣												
装具・靴の着脱												
入浴												
コミュニケーション												
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:) 理由)											
	日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> ギャッチアップ											
参加	職業(含:主婦・学生)(職種・業種・仕事内容:)					社会参加(内容・頻度等,発症前状況を含む)						

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明	年 月 日	本人サイン	家族サイン	説明書サイン
-----------	-------	-------	-------	--------

リハビリテーション実施計画書

患者氏名:	男・女	生年月日(西暦)	年	月	日	計画評価実施日	年	月	日
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST					
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):		合併症(コントロール状態):				発症前の活動、社会参加:			
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2					認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M				

評価項目・内容[コロン(:)の後ろに具体的内容を記入]							
心身機能・構造		<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:			<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症: 種類) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:		
	基本動作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):					
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL(B.I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10 ←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能→		5	0	車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)		点					
コミュニケーション							
目標(1ヶ月後、退院時):				本人・家族の希望:			
リハビリテーションの治療方針:							
目標到達予想時期:						説明者署名:	
本人・家族への説明: 年 月 日				説明を受けた人: 本人、家族() 署名:			

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日(歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮:(部位) <input type="checkbox"/> 関節痛:(部位) <input type="checkbox"/> その他()
参加 主目標[コロン(:)の後に具体的内容を記入] 退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 外出(内容・頻度等): 余暇活動(内容・頻度等): 退院後利用資源:		認知症に関する評価

項目	自立・介護 状況	現在の評価及び目標					使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたい・もたれ 等	到達 時期	重点 項目	具体的なアプローチ		
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず					PT、OT、ST が実施する 内容・頻度等	その他の従事 者が実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

項目	自立・介護 状況	現在の評価及び目標					使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたい・もたれ 等	到達 時期	重点 項目	具体的なアプローチ		
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず					PT、OT、ST が実施する 内容・頻度等	その他の従事 者が実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り												
	起き上がり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名	男・女	生年月日(明・大・昭・平)	年	月	日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等	
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態 (高血圧,心疾患,糖尿病等)		廃用症候群 □軽度 □中等度 □重度		リハビリテーション歴	
				□起立性低血圧 □静脈血栓			
日常生活自立度 : J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2				認知症である老人の日常生活自立度判定基準 : I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M			

評価項目・内容[コロン(:)の後に具体的内容を記入]

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9: <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレート) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位,MMT: <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害: 基本動作 立位保持(装具:) □手放し, □つかまり, □不可 平行棒内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □全介助 訓練室内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □全介助	<input type="checkbox"/> 知覚障害(□視覚, □表在覚, □深部覚, □その他: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害 □失語症)(種類: <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:
---------	--	--

自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」									
	自	監	一	全	非	独	監	一	全	非					
ADL・ASL等	立	視	部	介	実	立	視	部	介	実					
			助	助	施			助	助	施					
屋外歩行						杖・装具:					杖・装具:				
階段昇降						杖・装具:					杖・装具:				
廊下歩行						杖・装具:					杖・装具:				
病棟トイレへの歩行						杖・装具:					杖・装具:				
病棟トイレへの車椅子駆動(昼)						装具:					装具:				
車椅子・ベッド間移乗						装具:					装具:				
椅子座位保持						装具:					装具:				
ベッド起き上がり															
食事						用具:					用具:				
排尿(昼)						便器:					便器:				
排尿(夜)						便器:					便器:				
整容						移動方法・姿勢:					移動方法・姿勢:				
更衣						姿勢:					姿勢:				
装具・靴の着脱						姿勢:					姿勢:				
入浴						浴槽:					浴槽:				
コミュニケーション															

活動度 日中臥床: 無, 有(時間帯:) 理由 ()
日中座位: 椅子(背もたれなし), 椅子(背もたれあり), 椅子(背もたれ、肘うけあり), 車椅子, ベッド上, キャッチアップ

参加	職業 (□無職, □病欠中, □休職中, □発症後退職, □退職予定) (職種・業種・仕事内容:)	社会参加(内容・頻度等)
	経済状況()	余暇活動(内容・頻度等)
心理	障害の受容(□ショック期, □否認期, □怒り・恨み期, □悲観・抑うつ期, □解決への努力期, □受容期) 機能障害改善への固執(□強い, □中程度, □普通, □弱い)	依存欲求(□強い, □中程度, □普通, □弱い) 独立欲求(□強い, □中程度, □普通, □弱い)
環境	同居家族: 親族関係:	家屋 : 家屋周囲: 交通手段:
第三者の不利者	発病による家族の変化 □社会生活: □健康上の問題の発生: □心理的問題の発生:	

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
(主目標)	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
(すべて実行状況)	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類:) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所:) (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) (移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり:	
心身機能	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年 月 日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	-------	-------	-------	--------

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日: 年 月 日

患者氏名:		男・女	生年月日(西暦)				年	月	日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):			合併症(コントロール状態):				リハビリテーション歴:				
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2						認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M					

評価項目・内容[コロン(:)の後に具体的内容を記入]				短期目標(月 後)	具体的アプローチ		
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS, GCS): <input type="checkbox"/> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 記銘力障害: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語): <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 半側空間無視: <input type="checkbox"/> 注意力障害: <input type="checkbox"/> 構成障害: <input type="checkbox"/> その他:						
	基本動作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):					
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL(B.I)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10 ←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能→		5	0	車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)				点			
コミュニケーション	理解						
	表出						

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業 (<input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定) 職種・業種・仕事内容： 経済状況： 社会参加(内容、頻度等)： 余暇活動(内容、頻度等)：	退院先(<input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他) 復職(<input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他) 復職時期： 仕事内容： 通勤方法： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
心理	抑うつ： 障害の否認： その他：		
環境	同居家族： 親族関係： 家屋： 家屋周囲： 交通手段：	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他： 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要：	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活： 健康上の問題の発生： 心理的問題の発生：	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要：	
1ヵ月後の目標：		本人の希望：	
		家族の希望：	
リハビリテーションの治療方針：		外泊訓練計画：	
退院時の目標と見込み時期：			
退院後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)			
退院後の社会参加の見込み：			説明者署名：

本人・家族への説明： 年 月 日	説明を受けた人：本人、家族() 署名：
------------------	----------------------

リハビリテーション部会運営委員会委員名簿

(2010年9月1日現在)

委員長	大塚 晃	武田病院グループ	リハビリテーション部長
副委員長	橋本 幸典	京都大原記念病院	リハビリテーション部次長
委員	秋本 喜英	武田病院	リハビリテーション科科長
委員	植村 健吾	シミズ病院	リハビリテーション科科長
委員	尾谷 雅章	京都きづ川病院	理学療法士
委員	志藤 良子	京都民医連第二中央病院	リハビリテーション科副主任
委員	田後 裕之	第二岡本総合病院	リハビリテーション科技師長
委員	加藤 里美	第二京都回生病院	作業療法士
委員	西村 ひろみ	洛和会音羽病院	リハビリテーションセンター課長
委員	山田 典子	京都南病院	リハビリテーション部主任
担当理事	河端 一也	新河端病院	理事長
担当理事	岡田 純	脳神経リハビリ北大路病院	理事長
担当理事	滋岡 嘉弘	宇治黄檗病院	副理事長

リハビリテーション帳票マニュアル

2010年9月3日

発行：社団法人 京都私立病院協会

監修：社団法人 京都私立病院協会
リハビリテーション部会運営委員会