

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
2012年	9月改訂
2014年	7月改訂
2016年	7月改訂



一般社団法人

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 ~ 31
H リハビリテーション業務手順	32 ・ 33
I フローチャート	34
J リハビリテーション実施記録	35
K 評価報告書	36
L リハビリテーション カンファレンス記録	37
M 理学・作業・言語 実施一覧表	38
N リハビリテーション実施計画書(21)	39
リハビリテーション実施計画書(21-2)	40
リハビリテーション実施計画書(1)(21-3)	41
リハビリテーション実施計画書(2)(21-3)	42
リハビリテーション実施計画書(21-4)	43
リハビリテーション実施計画書(21-5)	44
リハビリテーション総合実施計画書(23)	45 ・ 46
リハビリテーション総合実施計画書(23-2)	47 ・ 48
リハビリテーション総合実施計画書(23-3)	49 ・ 50
リハビリテーション総合実施計画書(23-4)	51 ・ 52
O 廃用症候群に係る評価表(22)	53 ・ 54
P ADL維持向上等体制加算に係る評価書(7-2)	55
Q 目標設定等支援・管理シート(23-5)	56 ・ 57

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そ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 ヶ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 2 1、2 1-2、2 1-3、2 1-4、2 1-5、総合実施計画書については 2 3、2 3-2、2 3-3、2 3-4 のいずれを使用してもよい。

O 廃用症候群に係る評価表

- ・ 平成 28 年度診療報酬改定により、これまで脳血管疾患等リハビリテーション料の中に設定されていた廃用症候群に対するリハビリテーションが、新たな疾患別リハビリテーションとして独立した。評価表の様式も変更され、発症時期や治療の有無等、また安静を余儀なくされた理由や安静の程度、安静期間の長さなど、より詳しい記載が必要となった。廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合は、様式 2 2 を用いて月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を適用欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付する。

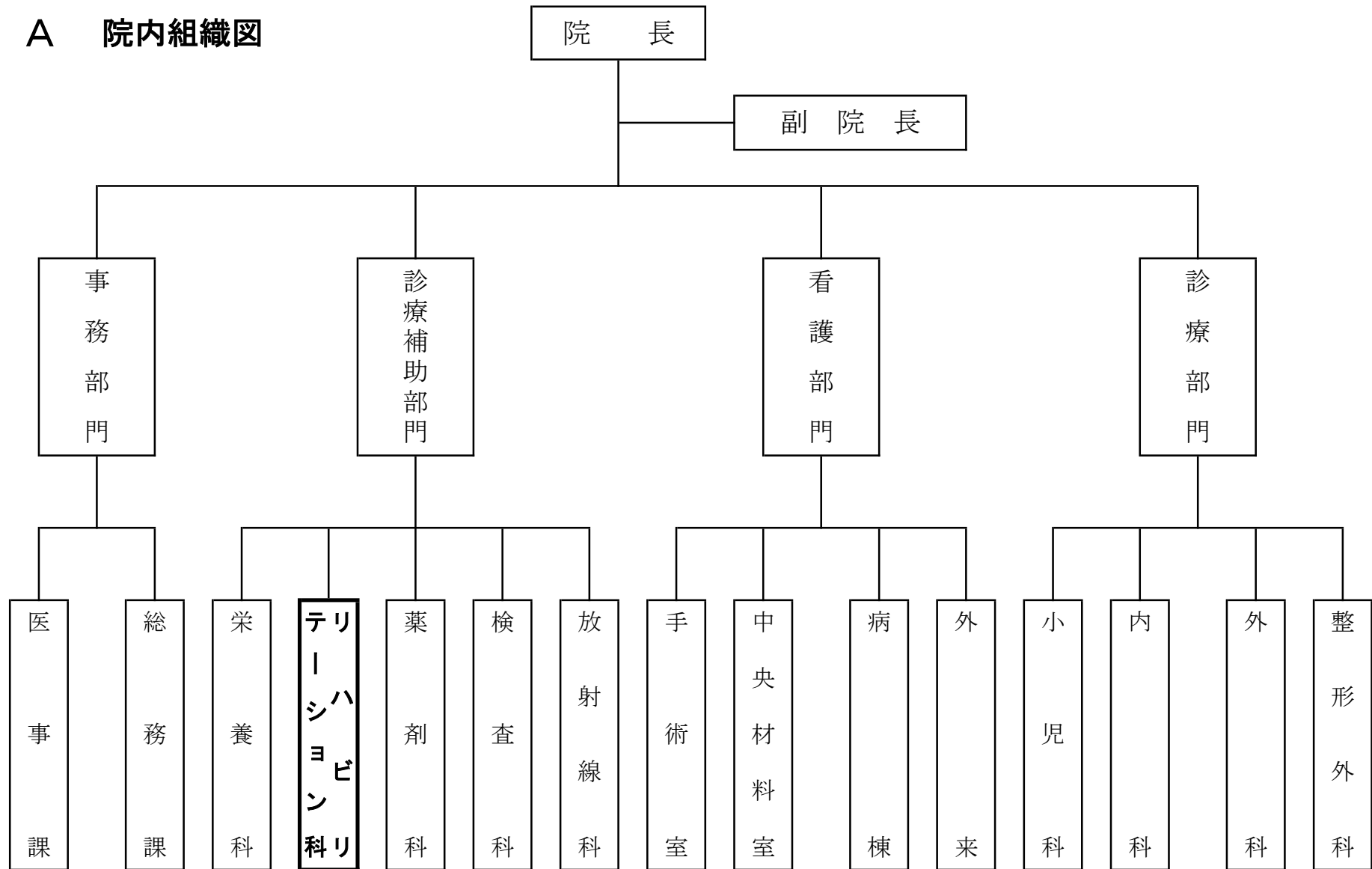
P ADL維持向上等体制加算に係る評価書

- ・ 様式は 7 - 2 又はこれに準ずる様式を用いること。

Q 目標設定等支援・管理シート

- ・ 様式は 2 3-5 又はこれに準ずる様式を用いること。

A 院内組織図



B [

] の施設基準に係る名簿

医療機関名： _____

週所定労働： _____ 時間

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在

職 種	氏 名	免許番号	取得年月日	勤務 形態	就職年月日	保 険 証 記号番号	備 考
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		
PT OT ST			年 月 日	常勤 非常勤	年 月 日		

年 月分

C 職員勤務予定(実施)表

院長	所属長	作成者

資格区分	氏名	曜日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	勤務日数	公休日数			
		予定																																		回		
		実施																																		回		
		予定																																		回		
		実施																																		回		
		予定																																		回		
		実施																																		回		
		予定																																			回	
		実施																																			回	
		予定																																			回	
		実施																																			回	
		予定																																			回	
		実施																																			回	

勤務時間 (例) 空白=日勤(8:30~17:00) ○=休み A=午前のみ(8:30~12:30) P=午後のみ(13:00~17:00) S=夜診(18:00~20:00)

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 ()

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	個別	集団
脳血管	人数				
	単位数				
廃用症候群	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
◇目標設定等支援・管理料／	件	◇リンパ浮腫複合的治療料／	件

◎備考／

E2 リハビリテーション科 業務日誌

年 月 日 ()		院 長	所属長	記載者			
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						
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						
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			
◇目標設定等支援・管理料／ 件				◇リンパ浮腫複合的治療料／ 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
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、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と判断された場合。
- ・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の一般事項】

リハビリテーション医療は基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚

療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われる。

疾患別リハビリテーション料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」という）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。

届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。また、当該保健医療機関外であっても、以下の（1）から（3）の全てを満たす場合は、1 日に 3 単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。また、当該保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分に配慮する。

- （1） 当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練である。
- （2） 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）、廃用症候群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）を算定するものである。
- （3） 以下の訓練のいずれかのものである。
 - ア 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等の乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
 - イ 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。
 - ウ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る）を行うもの。
- （4） 専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担（公共交通機関の運賃を除く）が発生しないものである。

疾患別リハビリテーション料は患者 1 人につき 1 日合計 6 単位（別に厚生労働大臣が定める患者については 1 日合計 9 単位）に限り算定できる。

疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、1 週間以内に FIM 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。）の日を記載する。

◆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	脳血管疾患等	廃用症候群	運動器	呼吸器
(Ⅰ)	205点	245点	180点	185点	175点
(Ⅱ)	125点	200点	146点	170点	85点
(Ⅲ)		100点	77点	85点	
算定日数上限	150日	180日	120日	150日	90日

要介護・要支援者に対するリハビリテーション料

	脳血管疾患等			廃用症候群			運動器		
	点数	維持リハ	80/100	点数	維持リハ	80/100	点数	維持リハ	80/100
(Ⅰ)	245点 (221点)	147点 (132点)	118点 (106点)	180点 (162点)	108点 (97点)	86点 (77点)	185点 (167点)	111点 (100点)	89点 (80点)
(Ⅱ)	200点 (180点)	120点 (108点)	96点 (86点)	146点 (131点)	88点 (79点)	70点 (63点)	170点 (153点)	102点 (92点)	82点 (74点)
(Ⅲ)	100点 (90点)	60点 (54点)	48点 (43点)	77点 (69点)	46点 (41点)	37点 (33点)	85点 (77点)	51点 (46点)	41点 (37点)

※ () 内の点数は算定日数上限の 1/3 を経過した患者で、直近 3 カ月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合の点数。

※「維持期リハ」は 1 月に 13 単位を上限に算定する。

※80/100 は、過去 1 年間に介護保険の通所リハビリテーション（介護予防含む）の実績のない医療機関が、要介護・要支援の入院以外の患者に対して算定する点数（本来の所定点数を算定するには、実績の届出が必要）。

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。

<対象患者（別表第九の五）>

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

難聴や人工内耳植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

<廃用症候群リハビリテーション料>

廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない）による廃用症候群であって、治療時期において、FIM115以下、BI85以下の状態等のものとし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ものであること。心大血管疾患、運動器、呼吸器、障害児（者）、がん患者リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。

<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。

運動器リハビリテーション料の対象となる患者は以下の別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 「急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者」とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 「慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している疾患」とは関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。

運動器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

<対象患者（別表第九の六）>

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

<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「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2012年改訂版)」に基づいて実施すること。

専任の医師の指導管理の下に実施する。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を作成し、診療録に記載する。入院中の患者については、医師又は理学療法士、作業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とされた。心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は特掲診療料の以下別表第九の四に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 「急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者」とは、急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）のものをいう。なお、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）を算定する場合、急性心筋梗塞及び大血管疾患は発症後（手術を実施した場合は手術後）1月以上経過したものに限る。

イ 「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の疾患により一定以上の

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」とは以下のものをいう。

(イ) 慢性心不全であって、左室駆動率 40%以下、最高酸素摂取量が基準値 80%以下又はヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) が 80pg/mL 以上の状態のもの

(ロ) 末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のもの

<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て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。

呼吸器リハビリテーション料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七に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に呼吸器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 「急性発症した呼吸器疾患の患者」とは、肺炎、無気肺等のものをいう。

イ 「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」とは、肺腫瘍、胸部外傷、肺塞栓、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患 (COPD) に対する LVRS 等の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

ウ 「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の低下を来している患者」とは、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎 (DPB)、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等のものであって、次の (イ) から (ハ) までのいずれかに該当する状態である。

(イ) 息切れスケールで 2 以上の呼吸困難を有する状態

(ロ) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) で日本呼吸器学会の重症度分類Ⅱ以上の状態

(ハ) 呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態

エ 「食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者」とは、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね 1 週間前の患者及び手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで前後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者のことをいう。

<対象患者 (別表第九の七) >

肺炎、無気肺、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

届出保険医療機関において、難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者リハビリテーションを行った場合に、実施される内容の種類にかかわらず1日につき1回のみ算定する。

難病疾患リハビリテーション料の算定対象は、入院中の患者以外の難病患者であって要介護者及び準要介護者であり、医師がリハビリテーションが必要であると認めるもの。

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	多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ
多発性硬化症	橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
重症筋無力症	広範脊柱管狭窄症
全身性エリテマトーデス	特発性大腿骨頭壊死症
スモン	混合性結合組織病
筋萎縮性側索硬化症	プリオン病
強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎	ギラン・バレー症候群
結節性動脈周囲炎	黄色靭帯骨化症
ビュルガー病	シェーグレン症候群
脊髄小脳変性症	成人発症スチル病
悪性関節リウマチ	関節リウマチ
パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、	亜急性硬化性全脳炎
大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）	ライソゾーム病
アミロイドーシス	副腎白質ジストロフィー
後縦靭帯骨化症	脊髄性筋萎縮症

ハンチントン病

球脊髄性筋萎縮症

モヤモヤ病（ウィリス動脈症候群）

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

ウェゲナー肉芽腫症

＜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	225点
2. 6歳以上18歳未満の場合	195点
3. 18歳以上の場合	155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42条の2に規定する医療型障害児入所施設、同法第6条第2項に規定する指定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。）である保険医療機関で、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＞ 205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 がんとして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

<認知症患者リハビリテーション料> 1日につき 240 点

認知症患者リハビリテーション料は重度認知症の患者（認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院している患者に限る）に対して認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。

認知症リハビリテーション料は対象となる患者に対して、認知症リハビリテーションに対して、十分な経験を有する医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に 20 分以上のリハビリテーションを行った場合に算定する。また、専任の医師が直接訓練を実施した場合にあっても同様に算定できる。

認知症患者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は、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的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で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションを実施する患者数は、従事者1人につき1日18人を上限とする、ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の労働時間が適切なものになるよう配慮する。

実施する際には定期的な医師の診察結果に基づき、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計画を作成し、リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。

＜リンパ浮腫複合的治療料＞

1. 重症の場合 200点

2. 1以外の場合 100点

リンパ浮腫複合的治療料はリンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。この場合において、病期分類Ⅱ後期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。

リンパ浮腫複合的治療料は、専任の医師が直接行うもの又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士若しくは作業療法士が行うものについて算定する。あん摩マッサージ指圧師[当該保険医療機関に勤務する者であって、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、2年以上業務に従事（うち6月以上は当該保険医療機関において従事）し、施設基準に定める適切な研修を修了したものに限り]が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。

＜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、廃用症候群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（ただし、レセプトの摘要欄に疾患名及び当該疾患の治療開始日の記載が必要）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。

<経口摂取回復促進加算>

1. 185点

2. 20点

別に厚生労働省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等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者（経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る）又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。

経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者に対し、月に1回以上、内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む他職種によるカンファレンスを月に1回以上行う。内視鏡嚥下検査又は嚥下造影検査の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載する。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直しを行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載する。内視鏡嚥下検査又は嚥下造影検査の日付及びカンファレンスを実施した日付を診療録明細書の摘要欄に記載すること。

当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況についても診療録に記載すること。

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、廃用症候群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、入院す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、廃用症候群、運動器又は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。また、介護保険法第62条に規定する要介護保険者等である場合には、それぞれの区分に従い点数を算定する。

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。なお、介護保険法第62条に規定する要介護保険者等のうち入院中の患者以外の者については原則として平成28年4月1日以降は対象とはならない。

<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

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)

その他疾患別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。

3 加算

【初期加算】 45点(1単位につき)

当該施設における疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して算定することができる。

心大血管疾患リハビリテーション料の早期加算は特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術したもの及び急性増悪したものを除き、算定できない。脳血管疾患リハビリテーション料の初期加算の対象患者は入院中の患者又は入院中の患者以外の患者[脳卒中の患者で、当該又は他の保健医療機関を退院したもの(地域連携診療計画加算を算定した患者に限る)]に限る]である。

廃用症候群リハビリテーション料の初期加算は急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものである。

運動器リハビリテーション料の初期加算は運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものである。対象患者は入院中の患者又は入院中の患者以外の患者[大腿骨頸部骨折の患者で、当該又は他の保健医療機関を退院したもの(地域連携診療計画管理料を算定したものに限り)に限る]である。

呼吸器リハビリテーション料の初期加算は呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後、早期からのリハビリテーションの実施に評価したものである。

平成28年3月31日以前から算定している患者については、当該加算を算定した日から起算して14日の間に限り算定できる。

【早期リハビリテーション加算】 30点（1単位につき）

心大血管疾患リハビリテーション料の早期加算は、治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。

脳血管疾患等リハビリテーション料の早期加算は発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者[脳卒中の患者であって、当該保険医療機関又は他の保険医療機関を退院したもので地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。]に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。

廃用症候群リハビリテーション料の早期加算は急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。

運動器リハビリテーション料の早期加算は運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中患者又は入院中の患者以外の患者[大腿骨頸部骨折の患者であって、当該又は他の保健医療機関を退院したもの（地域連携診療計画加算を算定した患者に限る）に限る]に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。

呼吸器リハビリテーション料の早期加算は呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。

【ADL維持向上等体制加算】 80点（1日につき）

7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している入院中の患者の日常生活機能（以下「ADL」という）の維持、向上等を目的として、当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1名以上配置され、以下のアからケに掲げる取組みであって、あらかじめ専従又は専任を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下、「常勤理学療法士等」という）をあわせて5名を上限として定めた上で、常勤理学療法士等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上【ADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟患者について、引き続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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテ

ーション料、呼吸器リハビリテーション料、摂食機能療法、視能訓練、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料[以下、「疾患別リハビリテーション料等」という]を算定した場合は、1日2時間を超えない範囲でその時間を含んでよい】勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、当該加算の対象となる患者であっても、当該患者に疾患別リハビリテーション料等を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することができない。

- ア 入院患者に対する定期的なADLの評価は様式7-2又はこれに準ずる様式を用いて行っている。
- イ 入院患者に対するADLの維持、向上を目的とした指導を行っている。
- ウ 必要最小限の抑制とした上で、転倒転落を防止する対策を行っている。
- エ 必要に応じて患者の家族に対して、患者の状況を情報提供している。
- オ 入院患者のADLの維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師及び必要に応じてその他の職種が参加している。
- カ 指導内容等について、診療録に記載する。
- キ 自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、田職種のカンファレンスで共有している。
- ク 必要に応じ、他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、他職種のカンファレンスで共有している。
- ケ 必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加について、その優先順位と共に把握し、他職種のカンファレンスで共有している。

4 指導

【退院時リハビリテーション指導料】 300点

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。

【退院前訪問指導料】 580点

継続して1ヶ月以上の入院が見込まれる患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む）及び退院日に先だてて患者宅を訪問し、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、一回の入院につき一回を限度として算定する。ただし、入院後早期

(入院後 14 日以内) に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に 2 回分を算定する。なお、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。

**【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】 350 点 同一建物居住者以外の場合
255 点 同一建物居住者の場合**

在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者またはその家族等患者の看護に当たる者に対して、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、診察に基づき、1 ヶ月にバーセル指数又は FIM が 5 点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認められた患者については 6 ヶ月に 1 回に限り、当該診療を行った日から 14 日以内の期間において、14 日を限度として 1 日に 4 単位まで算定できる。当該患者が介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等である場合には、診療録に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認めた理由及び必要な期間（ただし、14 日間以内に限る）を記載する。

【介護保険移行リハビリテーション移行支援料】 500 点

介護保険リハビリテーション移行支援料は、維持期のリハビリテーションを受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、介護保険のリハビリテーションへ移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネージャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定できる。なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる 2 月間は当該支援料を算定できない。

【目標設定等支援・管理料】 初回 250 点 二回目以降 100 点

目標設定等支援・管理料は要介護被保険者等に対するリハビリテーションの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の他職種が患者と共同して個々の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を行い、またその進捗を管理した場合に算定する。医師及びその他の従事者は共同して目標設定支援・管理シートを作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付する。

◆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計画評価料】 300点

リハビリテーション総合計画評価料は、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)又は(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)又は(II)、運動器リハビリテーション料(I)又は(II)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料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厚生局長等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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者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。

【入院時訪問指導加算】 150点

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内に患者の同意を得て、保険医、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち1名以上が必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する患家等を訪問し、退院後生活する住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【リハビリテーション総合計画提供料】 100点

リハビリテーション総合計画提供料は、入院中にリハビリテーション総合計画評価料を算定した患者であって、退院時に地域連携診療計画加算を算定した者について、患者の同意を得た上で、退院後の外来におけるリハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション総合実施計画を文書により提供した場合に算定する。なお、当該患者が他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できない。他の保険医療機関に提供した文書の写しを診療録に添付する。

【リハビリテーション実施計画書】

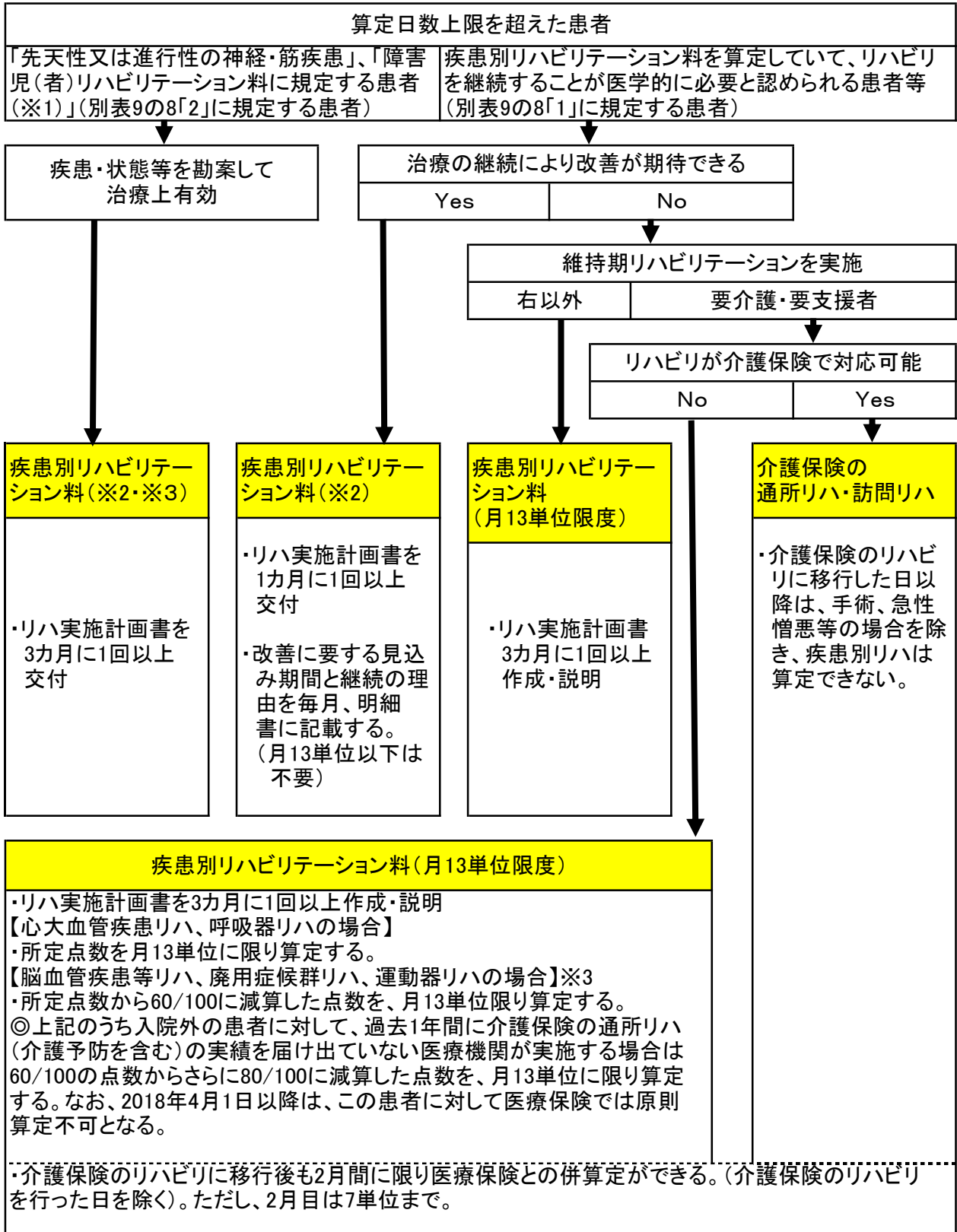
疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、リハビリテーションの開始時およびその後3か月に1回以上実施計画の作成および説明、診療録への要点を記載する。

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。

疾患別リハビリテーション料算定日数上限超のフローチャート



※1 加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病は除く。

※2 月当たりの算定単位数制限はない。(1日当たりの制限はあり。)

※3 脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ、運動器リハを、要介護・要支援者に実施する場合は、直近3カ月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、90/100の点数で算定する。

☆「廃用症候群リハビリテーションの場合」は、毎月「廃用症候群に係る評価表」をレセプトに添付する。

* 参照：全国保険医団体連合会「点数表改定のポイント」より

H リハビリテーション業務手順 ※I フローチャートを参照

(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

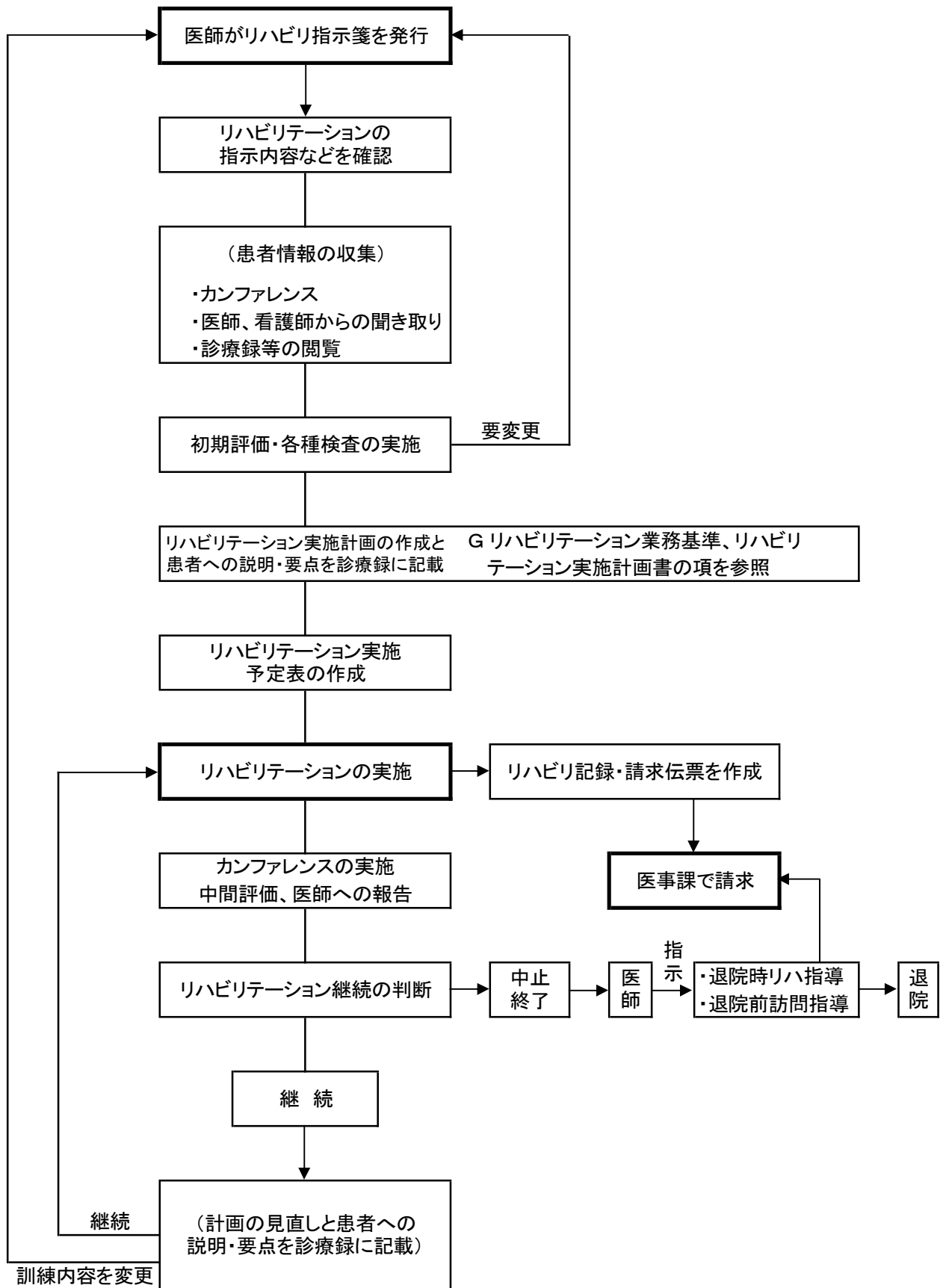
終了時にはサマリーを作成し、カルテに添付する。また、退院指導等を行った時は、内容をカルテに記載する。

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		脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 心大血管 摂食機能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 心大血管 摂食機能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 心大血管 摂食機能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 心大血管 摂食機能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 心大血管 摂食機能				
日 ()	: ~ :	個別 集団		脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 心大血管 摂食機能				

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

担当医	リハDr	所属長	記載者

◎開催日時 [年 月 日 () : ~ :]

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
	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				
患者	入院 外来	医療 介護				
出席者						

M 理学・作業・言語 実施一覧表 (年 月分)

担当者／

入院 外来

ID／	患者氏名／	(才) 男 女	保険区分／ 健保 老健 自賠責 その他 ()
リハ対象病名／			算定起算日／
発症日／ 年 月 日	手術日／ 年 月 日	治療開始日／ 年 月 日	早期加算／ 年 月 日 まで

種 別	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計				
	脳血管疾患等リハビリテーション料																																			
廃用症候群リハビリテーション料																																				
運動器リハビリテーション料																																				
呼吸器リハビリテーション料																																				
心大血管疾患リハビリテーション料																																				
摂食機能療法																																				
早期加算																																				
集団療法																																				
(指導料等)	退院時リハビリテーション指導料																																			
	退院前訪問指導料																																			
	総合計画評価料																																			
消炎鎮痛等処置																																				

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(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 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	立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 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 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”」						
	自	監	一	全	非	使用用具 杖・装具	独	監	一	全	非	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等
ADL・ASL等	立	視	助	助	施		立	視	助	助	施		
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"/> キヤッチアップ												

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、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						具体的なアプローチ					
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	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	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						具体的なアプローチ					
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	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	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実施計画書(2)

ご本人の希望(年 月 日)
ご家族の希望(年 月 日)

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらいたいこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)

備考

担当チーム	担当医:	_____
	● PT・OT・ST:	(), (), (), ()
	● 看護・介護:	(), (), (), ()
	● _____:	(), (), (), ()
		()内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

ご本人サイン:

ご家族サイン:

説明者サイン: _____

リハビリテーション実施計画書

ID: _____

評価日(開始日): _____年 _____月 _____日

患者氏名: _____ 男・女

生年月日 _____年 _____月 _____日(_____歳)

主治医・説明医師:	リハ担当医:	看護師:
理学療法士:	他職種(_____)	

診断名	合併症
入院日 _____年 _____月 _____日	発症日 _____年 _____月 _____日(頃)
手術日 _____年 _____月 _____日	治療法(術式)
冠危険因子(既往歴)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他(_____)

活動時のリスク	心機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下(EF _____%)	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)
	不整脈	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)	虚血(残存狭窄)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)
	その他	_____		

日常生活(病棟)の自立度(実際に行っている活動)	
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 室内歩行 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行 <input type="checkbox"/> 院内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行
起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考:(_____)
歩行(移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
ベッドからの車椅子(ストレッチャーへの移乗)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考:(_____)
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考:(_____)
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 点滴有 <input type="checkbox"/> 点滴無 <input type="checkbox"/> その他(_____)
排泄(排尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 尿バルーン留置 <input type="checkbox"/> その他(_____)
排泄(排便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 清拭
コミュニケーション(意思伝達)	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ※備考:(_____)

環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(_____) <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 居住階(_____)階:エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 事務仕事 <input type="checkbox"/> 肉体仕事 職種・通勤方法等 _____

再発予防・健康維持のための目標	<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他(_____)
本人・家族の希望・目標	_____

運動目標・方針(負荷試験)と運動内容(以下チェックした項目を順に行っていく予定)	
開始日(起算日)	_____年 _____月 _____日 予定期間 _____
運動目標・方針(負荷試験)	<input type="checkbox"/> 立位・ベッド周囲歩行 <input type="checkbox"/> 50m歩行 <input type="checkbox"/> 100m歩行 <input type="checkbox"/> 200m歩行 <input type="checkbox"/> 500m歩行 <input type="checkbox"/> _____m歩行 <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 自転車エルゴメータ運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> その他 ※備考:(_____)
運動内容・処方	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他(_____) ※運動処方:(_____)

上記について説明を受けました。 _____年 _____月 _____日

本人・家族氏名 _____

リハビリテーション実施計画書

D 患者氏名 男・女

生年月日(明・大・昭・平・西暦) 年 月 日

平成・西暦 年 月 日(回目・ ヶ月目)

<p>診断名: _____</p> <p>発症日: _____ (頃)・手術日: _____</p> <p>治療内容(術式): _____</p> <p>合併症: _____</p> <p>冠危険因子(既往): <input type="checkbox"/>高血圧症 <input type="checkbox"/>脂質異常症 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>喫煙 <input type="checkbox"/>肥満 <input type="checkbox"/>高尿酸血症 <input type="checkbox"/>慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/>家族歴 <input type="checkbox"/>狭心症 <input type="checkbox"/>陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/>他(_____)</p> <p>標準体重 kg: 目標血圧 _____ / _____ mmHg</p> <p>現在の体重 kg: BMI(18.5~24.9) _____ kg/m²</p> <p>現在の血圧(又は家庭血圧) _____ / _____ mmHg</p> <p>血液検査結果</p> <p><input type="checkbox"/>HbA1c(6.5%未満) _____ %</p> <p><input type="checkbox"/>LDLコレステロール(100mg/dl未満) _____ mg/dl</p> <p><input type="checkbox"/>HDLコレステロール(40mg/dl以上) _____ mg/dl</p> <p><input type="checkbox"/>中性脂肪(TG:150mg/dl以下) _____ mg/dl</p> <p><input type="checkbox"/>BNP _____ pg/ml</p> <p><input type="checkbox"/>他(_____)</p> <p>心機能: 左室駆出率(EF)【正常・低下】 _____ %</p> <p>他所見(_____)</p> <p>ADL <input type="checkbox"/>車椅子【自立・他人操作】 <input type="checkbox"/>介助歩行 <input type="checkbox"/>杖歩行 <input type="checkbox"/>屋内歩行 <input type="checkbox"/>屋外歩行 <input type="checkbox"/>他(_____)</p> <p>環境 <input type="checkbox"/>独居 <input type="checkbox"/>同居(_____)家族の協力体制【あり・困難】 <input type="checkbox"/>一戸建【平屋・2階以上】 <input type="checkbox"/>集合住宅: _____ 階住居, エレベーター【有・無】 <input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p>社会復帰 <input type="checkbox"/>無職 <input type="checkbox"/>家事 <input type="checkbox"/>休職中 <input type="checkbox"/>発症後退職 <input type="checkbox"/>退職予定 <input type="checkbox"/>転職 <input type="checkbox"/>転職予定 <input type="checkbox"/>発症後配置転換 <input type="checkbox"/>現職復帰 ・職種/業務内容/通勤方法(_____)</p> <p>本人・家族の希望・回復への目標</p>	<p>再発防止に対する理解と支援・指導の必要性</p> <p>『自己検脈』 <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>要指導</p> <p>『家庭血圧・体重測定』 <input type="checkbox"/>実施している <input type="checkbox"/>要支援</p> <p>『自分に合った運動』 <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>実践している <input type="checkbox"/>要支援</p> <p>『適切な食事・摂取量』 <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>実践している <input type="checkbox"/>要支援</p> <p>『正しい服装』 <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>服薬忘れなし <input type="checkbox"/>要支援</p> <p>『薬の管理』 <input type="checkbox"/>自分 <input type="checkbox"/>家族(_____) <input type="checkbox"/>他人(_____)</p> <p>『自身の病気』 <input type="checkbox"/>不安がない <input type="checkbox"/>不安がある</p> <p>『日常生活活動・復職』 <input type="checkbox"/>不安がない <input type="checkbox"/>不安がある</p> <p>『余暇・社会活動』 <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>実践している <input type="checkbox"/>要支援</p> <p>『睡眠』 <input type="checkbox"/>良好 <input type="checkbox"/>不良【入眠障害・中途覚醒・他】</p> <p>『タバコ』 <input type="checkbox"/>禁煙 <input type="checkbox"/>受動喫煙 <input type="checkbox"/>喫煙(本) <input type="checkbox"/>要支援</p> <p>『病状出現時の対処法』 <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>要指導</p> <p>『 _____ 』 <input type="checkbox"/> (_____) <input type="checkbox"/> (_____)</p> <p>『 _____ 』 <input type="checkbox"/> (_____) <input type="checkbox"/> (_____)</p> <p>多職種による再発予防への取り組み (支援・指導が必要な項目にチェックをつける)</p> <p><input type="checkbox"/>『運動・日常生活動作について』</p> <p>担当者/職種: _____</p> <p><input type="checkbox"/>呼吸訓練 <input type="checkbox"/>ストレッチ <input type="checkbox"/>筋力増強 <input type="checkbox"/>ADL訓練 <input type="checkbox"/>歩行 <input type="checkbox"/>自転車 <input type="checkbox"/>他(_____)</p> <p><input type="checkbox"/>『食事について』</p> <p>担当者/職種: _____</p> <p>コメント(_____)</p> <p><input type="checkbox"/>『お薬について』</p> <p>担当者/職種: _____</p> <p>コメント(_____)</p> <p><input type="checkbox"/>『 _____ 』</p> <p>担当者/職種: _____</p> <p>コメント(_____)</p> <p><input type="checkbox"/>『 _____ 』</p> <p>担当者/職種: _____</p> <p>コメント(_____)</p> <p>今後の運動療法継続について</p> <p><input type="checkbox"/>当院にて <input type="checkbox"/>自宅にて <input type="checkbox"/>他施設にて(_____)</p> <p>今後の検査・期間等について</p> <p>本人・家族氏名 _____</p> <p>医師: _____ 理学療法士: _____</p> <p>看護師: _____ 他職種(_____): _____</p>
<p>再発予防・健康維持のための目標</p> <p><input type="checkbox"/>病気への理解 <input type="checkbox"/>体力向上 <input type="checkbox"/>食事管理 <input type="checkbox"/>内服管理 <input type="checkbox"/>運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/>禁煙 <input type="checkbox"/>他(_____)</p> <p>運動負荷試験結果(運動処方)</p> <p>運動耐容能【良好・低下】(健常人の _____ %: _____ METs)</p> <p>運動処方(脈拍・血圧): _____ bpm / _____ mmHg</p> <p>自転車 _____ w _____ 分 _____ 回/週</p> <p>歩行 _____ km _____ 分 _____ 回/週</p> <p>その他注意事項(_____)</p>	

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 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓		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, 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・グレード) 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:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 表在覚, <input type="checkbox"/> 深部覚, <input type="checkbox"/> その他: <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"/> 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 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	独 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施			
ADL・ASL等						使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等					使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等
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(屋)						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 (<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:)	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 (<input type="checkbox"/> ショック期, <input type="checkbox"/> 否認期, <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期, <input type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期, <input type="checkbox"/> 解決への努力期, <input type="checkbox"/> 受容期) 機能障害改善への固執(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)	依存欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) 独立欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)
----	--	--

環境	同居家族: 親族関係:	家屋 : 家屋周囲: 交通手段:
----	----------------	------------------------

第三者の不利者の	発病による家族の変化 <input type="checkbox"/> 社会生活: <input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生:
----------	---

基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	
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
(主参加目標)	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:	
心身機能構造	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:	
第三者の不利	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	SW等	
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, 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総合実施計画書

評価実施日: 年 月 日

氏名:	男・女	生年月日	年 月 日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	看護	緩和ケア		
PT	OT	ST	SW等		
原発巣(発症・診断確定日):		病期分類(ステージ):		併存疾患:	
廃用症候群:		リハビリテーション歴:		PS又はKPS:	
入院の目的と治療内容	入院の目的:	治療内容:	予定入院期間:		
	治療後に生じる可能性のある副作用・合併症:	治療後に生じる可能性のある身体障害:	退院後の治療予定:		
身体症状ととられ <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 不安・抑鬱 <input type="checkbox"/> その他 ている対策 (とられている対策:)					
骨転移	骨転移検索の有無 <input type="checkbox"/> 半年以内の骨シンチ <input type="checkbox"/> 単純レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (直近の検索日時: 年 月 日)				
	骨転移の診断 <input type="checkbox"/> 骨転移なし <input type="checkbox"/> 骨転移あり(部位)				
	病的骨折のリスク <input type="checkbox"/> 単純レントゲンでの溶骨性変化 <input type="checkbox"/> 骨シンチで異常集積 <input type="checkbox"/> 局所の疼痛				

評価項目・内容(具体的内容を記載)		具体的アプローチ			
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害(JCS、GCS)・せん妄: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害: <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> その他:				
	動基 座位(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 作本 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	安静度の制限とその理由、活動時のリスク(手術後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行にともなう影響を考慮)				
	ADL(B. IIに準じる)	自立	一部介助	全介	使用用具(杖、装具)・介助内容
	食事	10	5	0	
	移乗	15	10	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	5	0
	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			

評価項目・内容(具体的内容を記載)		具体的アプローチ
参加	職業 <input type="checkbox"/> あり(仕事内容:) <input type="checkbox"/> なし 家庭内役割: 余暇(趣味など): その他:	
心理	<input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 興味・喜びの著しい減退 <input type="checkbox"/> 食欲の障害 <input type="checkbox"/> 睡眠の障害 <input type="checkbox"/> 焦燥又は抑止 <input type="checkbox"/> 易疲労感又は気力の減退 <input type="checkbox"/> 無価値感又は自責感 <input type="checkbox"/> 集中力低下又は決断困難 <input type="checkbox"/> 希死念慮 その他:	
環境	同居家族:	自宅改造:福祉機器 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	家屋:	介護保険サービス <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	その他:	その他:
2週間後の目標:		本人の希望:
		家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:		
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:		

本人・家族への説明 年 月 日
説明を受けた人: 本人・家族()

署名 _____

説明者: 署名 _____

リハビリテーション総合実施計画書

D 患者氏名 男・女
 生年月日(明・大・昭・平・西暦) 年 月 日 歳

評価日:平成・西暦		年	月	日(回目・	ヶ月目)
診断名:						
発症日:		(頃)・手術日:				
治療内容(術式):						
合併症:						
冠危険因子(既往): <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 喫煙						
<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 他()						
標準体重	kg:現在の体重	kg: BMI(18.5~25.9)	kg/m ²			
目標血圧	/ mmHg	現在の血圧(又は家庭血圧)	/	mmHg		
血液検査結果						
<input type="checkbox"/> HbA1c	%	<input type="checkbox"/> LDL-C	mg/dl			
<input type="checkbox"/> HDL-C	mg/dl	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	mg/dl			
<input type="checkbox"/> 他()						
心機能	<input type="checkbox"/> 左室駆出率(EF)【正常・低下】	% ()				
<input type="checkbox"/> 他()						
身体機能:						
<input type="checkbox"/> 関節可動域制限(部位:)		<input type="checkbox"/> 疼痛(部位:)				
<input type="checkbox"/> 筋力低下(部位:)		<input type="checkbox"/> バランス障害()				
<input type="checkbox"/> 他()						
運動負荷試験結果(運動処方)						
運動耐容能【良好・低下】(健常人の		%:			METs)	
運動処方(脈拍・血圧):		bpm	/	mmHg		
自転車	w	分	回/週			
歩行	km/h	分	回/週			
他注意事項:						
今後の運動療法継続について						
<input type="checkbox"/> 当院にて <input type="checkbox"/> 自宅にて <input type="checkbox"/> 他施設にて()						
今後の検査・期間等について						
説明日:平成・西暦 年 月 日 本人・家族氏名						
医師:		理学療法士:				
看護師:		他職種():				

参加 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定

転職 転職予定 配置転換 現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等()

・余暇・社会活動等()

具体的目標とそのアプローチ:

活動 ADL 車椅子【自立・他人操作】 介助歩行 杖歩行 屋内歩行 屋外歩行

階段昇降 他()

入浴 半身浴 シャワー浴 他()

コミュニケーション力 問題なし 問題あり()

具体的目標とそのアプローチ:

環境 独居 同居()、家族の協力体制【あり・困難】

一戸建【平屋・2階以上】 集合住宅: 階居住、エレベーター【あり・なし】

その他()

具体的目標とそのアプローチ: 自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理 ・自身の病気に対する不安 なし あり(具体的に:)

・日常社会活動に対する不安 なし あり(具体的に:)

・睡眠 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他()】

・食欲 良好 減退

具体的目標とそのアプローチ:

第三者の不利(発病による家族の社会生活の変化や健康/心理問題の発生)

なし あり(具体的に:)

具体的目標とそのアプローチ: 家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

病気の理解 体力向上 食事管理 内服管理 運動習慣の獲得 禁煙 他()

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』

できる

要指導

『家庭血圧・体重測定』

実施している

要支援

『自分にあつた運動』

理解している

実践している

要支援

『適切な食事・摂取量』

理解している

実践している

要支援

『正しい服薬』

理解している

服薬忘れなし

要支援

『薬の管理』

自分

家族()

他人()

『タバコ』

禁煙

受動喫煙

喫煙()

要支援

『病状出現時の対処法』

理解している

要指導

他『

』

()

()

本人・家族の希望

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院	・	外来
生年月日	年 月 日 (歳)	入院日		年 月 日
主傷病		廃用症候群の診断日		年 月 日
要介護度	要介護 ・ 要支援	リハビリテーション起算日		年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)	廃用症候群リハビリテーション料 I ・ II ・ III																																																			
1	廃用を生じる契機となった疾患等																																																			
2	廃用に至った経緯等																																																			
3	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">手術の有無</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">手術</td> <td>手術名</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>手術年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>		手術の有無	有 ・ 無	手術	手術名			手術年月日	年 月 日																																										
	手術の有無	有 ・ 無																																																		
手術	手術名																																																			
	手術年月日	年 月 日																																																		
4	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">治療開始時のADL</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">BI</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">点</td> <td style="width: 10%;">FIM</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">点</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="vertical-align: middle;">月毎の評価点数 (BI又はFIM どちらかを記入)</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">BI</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">FIM</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">BI</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">FIM</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">BI</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">FIM</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">BI</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">FIM</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">BI</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">FIM</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">BI</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">FIM</td> <td></td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> </table>	治療開始時のADL		BI		点	FIM		点	月毎の評価点数 (BI又はFIM どちらかを記入)	月	BI		点	FIM		点	月	BI		点	FIM		点	月	BI		点	FIM		点	月	BI		点	FIM		点	月	BI		点	FIM		点	月	BI		点	FIM		点
治療開始時のADL		BI		点	FIM		点																																													
月毎の評価点数 (BI又はFIM どちらかを記入)	月	BI		点	FIM		点																																													
	月	BI		点	FIM		点																																													
	月	BI		点	FIM		点																																													
	月	BI		点	FIM		点																																													
	月	BI		点	FIM		点																																													
	月	BI		点	FIM		点																																													
5	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">一月当たりの リハビリテーション</td> <td style="width: 10%;">実施 日数</td> <td style="width: 70%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>提供 単位数</td> <td style="text-align: center;">単位</td> </tr> </table>	一月当たりの リハビリテーション	実施 日数	日		提供 単位数	単位																																													
一月当たりの リハビリテーション	実施 日数	日																																																		
	提供 単位数	単位																																																		
6	リハビリテーションの内容 <div style="margin-left: 20px;"> 具体的に記載すること </div>																																																			
7	改善に要する見込み期間 <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上 </div>																																																			
8	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">-1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle;">前回の評価からの 改善や変化</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">悪化</td> <td style="text-align: center;">維持</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">改善大</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="6" style="text-align: center;">BI・FIMで()点程度の改善</td> </tr> </table>		-1	0	1	2	3		前回の評価からの 改善や変化								悪化	維持				改善大		BI・FIMで()点程度の改善																												
	-1	0	1	2	3																																															
前回の評価からの 改善や変化																																																				
	悪化	維持				改善大																																														
	BI・FIMで()点程度の改善																																																			

〔記載上の注意〕

- 1 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。
- 2 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。
- 3 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
- 4 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コードと疾病分類の対応表

感染症及び寄生虫症	041 屈折及び調節の障害 042 その他の眼及び付属器の疾患	084 その他の消化器系の疾患
001 腸管感染症 002 結核 003 主として性的伝播様式をとる感染症 004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 005 ウイルス肝炎 006 その他のウイルス疾患 007 真菌症 008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 009 その他の感染症及び寄生虫症	耳及び乳様突起の疾患 043 外耳炎 044 その他の外耳疾患 045 中耳炎 046 その他の中耳及び乳様突起の疾患 047 メニエール病 048 その他の内耳疾患 049 その他の耳疾患	皮膚及び皮下組織の疾患 085 皮膚及び皮下組織の感染症 086 皮膚炎及び湿疹 087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
新生物	循環器系の疾患 050 高血圧性疾患 051 虚血性心疾患 052 その他の心疾患 053 くも膜下出血 054 脳内出血 055 脳梗塞 056 脳動脈硬化(症) 057 その他の脳血管疾患 058 動脈硬化(症) 059 痔核 060 低血圧(症) 061 その他の循環器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患 088 炎症性多発性関節障害 089 関節症 090 脊椎障害(脊椎症を含む) 091 椎間板障害 092 頸腕症候群 093 腰痛症及び坐骨神経痛 094 その他の脊柱障害 095 肩の傷害<損傷> 096 骨の密度及び構造の障害 097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
010 胃の悪性新生物 011 結腸の悪性新生物 012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 014 気管、気管支及び肺の悪性新生物 015 乳房の悪性新生物 016 子宮の悪性新生物 017 悪性リンパ腫 018 白血病 019 その他の悪性新生物 020 良性新生物及びその他の新生物	呼吸器系の疾患 062 急性鼻咽喉炎[かぜ]<感冒> 063 急性咽喉炎及び急性扁桃炎 064 その他の急性上気道感染症 065 肺炎 066 急性気管支炎及び急性細気管支炎 067 アレルギー性鼻炎 068 慢性副鼻腔炎 069 急性又は慢性と明示されない気管支炎 070 慢性閉塞性肺疾患 071 喘息 072 その他の呼吸器系の疾患	腎尿路生殖器系の疾患 098 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 099 腎不全 100 尿路結石症 101 その他の腎尿路系の疾患 102 前立腺肥大(症) 103 その他の男性生殖器の疾患 104 月経障害及び閉経周辺期障害 105 乳房及びその他の女性生殖器の疾患
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害		妊娠、分娩及び産じょく 106 流産 107 妊娠高血圧症候群 108 単胎自然分娩 109 その他の妊娠、分娩及び産じょく
021 貧血 022 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害		周産期に発生した病態 110 妊娠及び胎児発育に関連する障害 111 その他の周産期に発生した病態
内分泌、栄養及び代謝疾患		先天奇形、変形及び染色体異常 112 心臓の先天奇形 113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
023 甲状腺障害 024 糖尿病 025 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患		症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの 114 症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの
精神及び行動の障害		損傷、中毒及びその他の外因の影響 115 骨折 116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 117 熱傷及び腐食 118 中毒 119 その他の損傷及びその他の外因の影響
026 血管性及び詳細不明の認知症 027 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 028 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 029 気分[感情]障害(躁うつ病を含む) 030 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 031 知的障害<精神遅滞> 032 その他の精神及び行動の障害	消化器系の疾患 073 う蝕 074 歯肉炎及び歯周疾患 075 その他の歯及び歯の支持組織の障害 076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 077 胃炎及び十二指腸炎 078 アルコール性肝疾患 079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) 080 肝硬変(アルコール性のものを除く) 081 その他の肝疾患 082 胆石症及び胆のう炎 083 膵疾患	
神経系の疾患		
033 パーキンソン病 034 アルツハイマー病 035 てんかん 036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 037 自律神経系の障害 038 その他の神経系の疾患		
眼及び付属器の疾患		
039 結膜炎 040 白内障		

別紙様式 7-2

ADL 維持向上等体制加算に係る評価書

バーセルインデックス (Barthel Index 機能的評価)

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
		5	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	
		0	全介助	
2	車椅子から ベッドへの 移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ 動作	10	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず	
		10	45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階段 昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便 コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿 コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点(/100点)				

※1 得点：0～15点 ※2 得点が高いほど、機能的評価が高い。

目標設定等支援・管理シート

患者氏名：

	作成日	年	月	日
	説明・交付日	年	月	日
	生年月日	年	月	日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

--	--

2. ADL評価（Barthel Index または FIMによる評価）（リハビリ開始日及び現時点）
 （Barthel Index の場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
合計（0-100点）	_____ 点			_____ 点		

（FIM の場合）

大項目	大項目	小項目	リハビリテーション 開始時点	現時点
			得点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
	移動	浴槽・シャワー		
歩行・車椅子 階段				
小計			0	0
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決 記憶		
	小計			0
合計			0	0

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在の リハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の説明の内容 ・ 患者の受け止め

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し (あり ・ なし)
 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性 (あり ・ なし)
 紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

〔記載上の注意〕

1. 本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
2. 「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。
3. 「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。

リハビリテーション部会運営委員会委員名簿

(2016年7月29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部長
副委員長	織田 泰匡	田辺中央病院	リハビリテーション部科長
委員	秋本 喜英	医仁会武田総合病院	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	リハビリテーション室主任
委員	岸本 紀和	がくさい病院	リハビリテーション部科長補佐
委員	田後 裕之	京都岡本記念病院	リハビリテーション科技師長
委員	中田 千代志	堀川病院	リハビリテーション科主任
委員	西村 ひろみ	洛和会音羽リハビリテーション病院	リハビリテーション部次長
委員	山本 佐知子	京都南病院	リハビリテーション部主任
副会長	岡田 純	脳神経リハビリ北大路病院	理事長
担当幹事	河端 一也	新河端病院	理事長

リハビリテーション帳票マニュアル

2016年7月29日

発行：一般社団法人 京都私立病院協会

監修：一般社団法人 京都私立病院協会