

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
2018年	9月改訂
2020年	9月改訂
2022年	8月改訂
2024年	10月改訂

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	リハビリテーション指示箋		7
E	リハビリテーション週間予定（実施）表		8
F	リハビリテーション業務基準	9 ~	32
G	リハビリテーション業務手順	33 ・	34
H	フローチャート		35
I	リハビリテーション実施記録		36
J	リハビリテーション カンファレンス記録		37
K	疾患別リハビリテーション実施一覧表		38
L	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計画書(21-6)		40
	リハビリテーション総合実施計画書(23)	41 ・	42
M	入院時訪問指導に係る評価書（42）	43 ~	45
N	廃用症候群に係る評価表(22)		46 ・ 47
O	リハ・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料に係る評価書（7-2）		48
P	リハ・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料に係る計画書（7-4）		49
Q	目標設定等支援・管理シート(23-5)		50 ・ 51
R	疾患別リハビリテーションに係る症例報告書(42-2)		52 ・ 53

リハビリテーション帳票マニュアルの取扱いについて

本マニュアルは、京都私立病院協会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。内容については精査した上で掲載しておりますが、ご活用の際には自己責任でお願いいたします。

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。

D 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。
- ・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。

E 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。

F 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。

G 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。

H 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。

I 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）、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。

J カンファレンス記録

- ・定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスの開催が必要である。カンファレンス記録には、参加者、現状や課題の報告、検討した内容や目標を記載する。

K 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。

L 実施計画書・総合実施計画書

- ・F リハビリテーション業務基準を参照のこと。
- ・実施計画書については21、21-6又はこれに準ずる様式を、総合実施計画書については23又はこれに準ずる様式を使用する。

M 入院時訪問指導に係る評価書

- ・F リハビリテーション業務基準を参照のこと。
- ・様式は42又はこれに準ずる様式を用いて評価書を作成するとともに、その写しを診療録に添付する。

N 廃用症候群に係る評価表

- ・ 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。

O リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料に係る評価書

- ・ 様式は 7 - 2 又はこれに準ずる様式を用いること。

P リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料に係る計画書

- ・ 様式は 7 - 4 又はこれに準ずる様式を用いること。

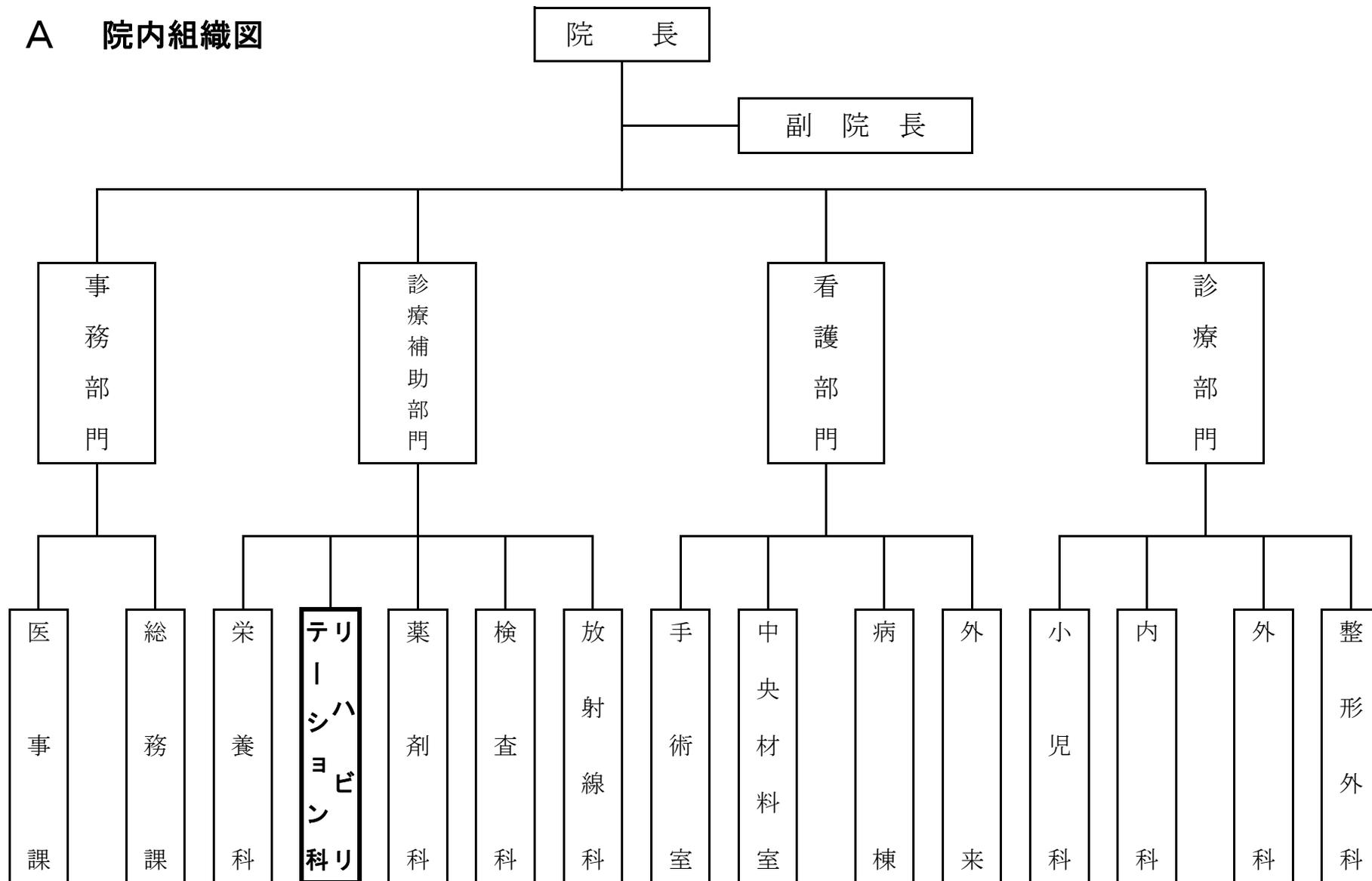
Q 目標設定等支援・管理シート

- ・ 様式は 2 3 - 5 又はこれに準ずる様式を用いること。

R 疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

- ・ 各疾患別リハビリテーション料において、算定日数上限を超えてリハビリテーションを行う場合、様式 4 2 - 2 に基づき 1 年間に当該疾患別リハビリテーションを算定した人数、F I M 等の報告を行う。

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

_____ 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				
		予定実施																																		回			
		予定実施																																			回		
		予定実施																																			回		
		予定実施																																			回		
		予定実施																																			回		
		予定実施																																			回		
		予定実施																																				回	
		予定実施																																				回	
		予定実施																																				回	
		予定実施																																				回	
		予定実施																																				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)

D リハビリテーション 指示箋

年 月 日

氏 名 様

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"/> 急性増悪日	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)

P T : 運動器 () 脳血管 () 廃用 () 呼吸器 () 心大血管 ()	頻度 :	計	単位
O T : 運動器 () 脳血管 () 廃用 () 呼吸器 () 心大血管 ()	頻度 :	計	単位
S T : 脳血管 () 廃用 () 呼吸器 () 集団コミュニケーション ()	頻度 :	計	単位
消炎鎮痛 ・ 摂食機能療法 ・ リンパ浮腫複合的治療料		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. ADL訓練 ()
7. 全身調整訓練
8. 呼吸理学療法
9. その他 ()

作業療法 訓練室・ベットサイド

1. 評価 ()
2. 可動域訓練 ()
3. 筋力強化 ()
4. 心理支持的作業療法
5. ADL訓練 ()
6. IADL訓練 ()
7. 高次脳機能評価・訓練
8. 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 ()

指導 : 退院時リハ指導・退院前訪問指導料・その他 ()

◎その他・禁忌・合併症・指示・連絡事項

疾患別起算日 年 月 日 (上限日 年 月 日) / 初期・早期・急性期 起算日 年 月 日

受付 年 月 日	リハ専任医 ㊟
リハビリ担当 P T ㊟	O T ㊟ S T ㊟

E 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~							
12:20~							
12:40~							
13:00~							
13:20~							
13:40~							
14:00~							
14:20~							
14:40~							
15:00~							
15:20~							
15:40~							
16:00~							
16:20~							
16:40~							

リハビリ記録等の整理

疾患別 単位数	心大血管 / 単位						
	脳血管 / 単位						
	廃用 / 単位						
	運動器 / 単位						
	呼吸器 / 単位						
合計 単位	単位						
週合計 単位	単位						

F 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。

【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、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合に

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、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、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。なお、訓練の前後において訓練場所との往復に要した時間は当該リハビリテーションの実施時間には含まない。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) 疾患別リハビリテーションのいずれか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（指定難病の場合は1週間以内にFIM又はBIが5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

1) 【疾患別リハビリテーション料】

<H000 心大血管疾患リハビリテーション料>

	(I)	(II)
理学療法士による場合	205 点	125 点
作業療法士による場合	205 点	125 点
医師による場合	205 点	125 点
看護師による場合	205 点	125 点
集団療法による場合	205 点	125 点

【実施者】 医師・理学療法士・作業療法士・看護師

【標準的算定日数】 (リハビリ開始日から) 150 日

【標準的算定日数超】 ①1 月 13 単位を限度に算定、②厚生労働大臣が定める患者は標準的算定日数内と同様に算定可

【標準的な実施時間】 ①入院：1 回 1 時間 (3 単位)、②入院外：1 日当たり 1 時間 (3 単位以上)、
1 週 3 時間 (9 単位)

【実施単位数】 従業者 (医師を除く) 1 人につき 1 日 18 単位を標準とし、週 108 単位までとする

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、経カテーテル大動脈弁置換術後、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」とは以下のいずれかに該当するものをいう。

(イ) 慢性心不全であって、左室駆出率 40%以下、最高酸素摂取量が基準値 80%以下、脳性 Na 利尿ペプチド (BNP) が 80pg/mL 以上の状態のもの又は脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端

フラグメント（NT-proBNP）が 400pg/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。

（ハ）肺高血圧症のうち肺動脈性肺高血圧症又は慢性血栓性肺高血圧症であって、WHO 肺高血圧症機能分類がⅠ～Ⅲ度の状態のもの。

<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

<H001 脳血管疾患等リハビリテーション料>

	(Ⅰ)		(Ⅱ)		(Ⅲ)	
	点数	維持	点数	維持	点数	維持
理学療法士による場合	245 点	147 点	200 点	120 点	100 点	60 点
作業療法士による場合	245 点	147 点	200 点	120 点	100 点	60 点
言語聴覚士による場合	245 点	147 点	200 点	120 点	100 点	60 点
医師による場合	245 点	147 点	200 点	120 点	100 点	60 点
上記以外の場合	—		—		100 点	60 点

【実施者】 医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

【標準的算定日数】（発症・手術・急性増悪・最初の診断の日から）180 日

【標準的算定日数超の患者】①1月 13 単位を限度に算定（入院外の要介護被保険者等は算定不可）

②厚生労働大臣が定める患者は標準的算定日数内と同様に算定可

【実施単位数】 従業者（医師を除く）1 人につき 1 日 18 単位を標準（24 単位を上限）とし、週 108 単位までとする

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、以下のいずれかに該当するものをいう。

ア 急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。

イ 急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。

ウ 神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。

エ 慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮

性側索硬化症)、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。

オ 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者

カ 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とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。

キ 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

ク 舌悪性腫瘍等の手術等による構音障害を有する患者

ケ リハビリテーションを要する状態であって、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ものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時の FIM115 以下、BI85 以下の状態等のものをいう。

<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

舌悪性腫瘍等の手術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もの

<H001-2 廃用症候群リハビリテーション料>

	(I)		(II)		(III)	
	点数	維持	点数	維持	点数	維持
理学療法士による場合	180点	108点	146点	88点	77点	46点
作業療法士による場合	180点	108点	146点	88点	77点	46点
言語聴覚士による場合	180点	108点	146点	88点	77点	46点
医師による場合	180点	108点	146点	88点	77点	46点
上記以外の場合	—		—		77点	46点

【実施者】 医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

【標準的算定日数】（廃用症候群の診断・急性増悪の日から）120日

【標準的算定日数超の患者】①1日13単位を限度に算定(入院外の要介護被保険者等は算定不可)、
②厚生労働大臣が定める患者は標準的算定日数内と同様に算定可

【実施単位数】従業者(医師を除く)1人につき1日18単位を標準(24単位を上限)とし、週108単位までとする

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。

<H002 運動器リハビリテーション料>

	(I)		(II)		(III)	
	点数	維持	点数	維持	点数	維持
理学療法士による場合	185点	111点	170点	102点	85点	51点
作業療法士による場合	185点	111点	170点	102点	85点	51点
医師による場合	185点	111点	170点	102点	85点	51点
上記以外の場合	—		—		85点	51点

【実施者】医師・理学療法士・作業療法士

【標準的算定日数】(発症・手術・急性増悪・最初の診断の日から)150日

【標準的算定日数超の患者】①1月13単位を限度に算定(入院外の要介護被保険者等は算定不可)
②厚生労働大臣が定める患者は標準的算定日数内と同様に算定可

【実施単位数】従業者(医師を除く)1人につき1日18単位を標準(24単位を上限)とし、週108単位までとする

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、糖尿病足病変等のものをいう。

<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

<H003 呼吸器リハビリテーション料>

	(Ⅰ)	(Ⅱ)
理学療法士による場合	175 点	85 点
作業療法士による場合	175 点	85 点
言語聴覚士による場合	175 点	85 点
医師による場合	175 点	85 点

【実施者】 医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

【標準的算定日数】（リハビリ開始日から）90 日

【標準的算定日数超の患者】①1 日 13 単位を限度に算定、②厚生労働大臣が定める患者は標準的算定日数内と同様に算定可

【実施単位数】 従業者（医師を除く）1 人につき 1 日 18 単位を標準（24 単位を上限）とし、週 108 単位までとする

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能力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、大腸癌、卵巣癌、膵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、大腸癌、卵巣癌、膵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来している患者
 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

2. その他のリハビリテーション料

<H004 摂食機能療法>

1. 30 分以上の場合 185 点 (1 月に 4 回/治療開始日から 3 月以内の患者は 1 日に 1 回)
2. 30 分未満の場合 130 点 (脳卒中の発症から 14 日以内に限り 1 日に 1 回)

摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師、歯科医師又は医師若しくは歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士若しくは作業療法士が 1 回につき 30 分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

- ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
- イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

<摂食嚥下機能回復体制加算>

1. 210 点
2. 190 点
3. 120 点

摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成したチーム (以下「摂食嚥下支援チーム」という) 等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。摂食嚥下機能回復体制加算は、以下のアからウまでの要件をいずれも

満たす場合に算定する。

ア 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。

イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

ウ 摂食嚥下支援チームは、カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）及び摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、患者又はその家族等への指導管理を行うこと。カンファレンスの結果を踏まえて計画書等の見直しを行った際には、見直しの要点を診療録等に記載、又は、計画書の写しを診療録等に添付する。

摂食嚥下機能回復体制加算を算定する場合は、当該患者の摂食機能療法の効果や進捗状況、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載又は添付すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

摂食嚥下機能回復体制加算を算定するに当たっては、FIM及びFOIS（function Oral Intake Scale）を測定する。

<H005 視能訓練>

1 斜視視能訓練 135点

2 弱視視能訓練 135点

視能訓練は両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のため矯正訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を行った場合に算定できるものであり、1日に1回のみ算定する。斜視視能訓練と弱視視能訓練を同時に実施した場合は、主たるもののみで算定する。

<H006 難病患者リハビリテーション料> 1日につき640点

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。

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

退院後早期の個々の患者の状態に対応した集中的なリハビリテーションの評価を行うものであり、退院日から起算して、1月以内に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり40分以上、1月を超え3月以内の期間に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり20分以上の個別リハビリテーションを含む難病患者リハビリテーションを行った場合に算定する。

<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（ウィリス動脈輪閉塞症）	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
ウェゲナー肉芽腫症	

<H007 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厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。

- ア 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設
- イ 児童福祉法第6条第2項に規定する指定医療機関

ウ 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割以上が特掲診療料の施設基準等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

障害児（者）リハビリテーション料は、上記に掲げる施設の入所者、入院患者、通園者又は通院患者のうち、以下の患者に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア 脳性麻痺の患者

イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む）

ウ 顎・口腔の先天異常の患者

エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む）

オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

カ 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む）

キ 神経障害による麻痺及び後遺症の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎、脳症、髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷、坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む）

ク 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む）

<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は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、大脳白質変性症

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

<H007-2 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。

がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別に必要であると認める者である。

<対象患者（別表第十の二の二）>

- 1 がん患者であって、がんの治療のために入院している間に手術、化学療法（骨髄抑制が見込まれるものに限る）、放射線治療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
- 2 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

<H007-3 認知症患者リハビリテーション料> 1日につき240点 1年を限度として週に3回まで

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1を算定していること。

<H007-4 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、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫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。なお、この場合において、病期分類Ⅱ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のものに限る]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。

＜H008 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又は添付する。

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、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又は特定機能病院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。

<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

軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症後 1 年以内のものに限る）の患者

外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後 180 日以内のものに限る）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

回復期リハビリテーション病棟において在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該病棟を退棟した日から算定して 3 月以内の患者（保健医療機関に入院中の患者、介護老人保健施設又は介護医療院に入所する患者を除く）

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>

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（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、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、FIMの測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等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とし、かつ、様式42の2に基づき、当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行う（ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない）。

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 前月の状態と比較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 FIM又はBI及びその他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等を記載したものであること。

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3か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

【早期リハビリテーション加算】 25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リハビリテーション加算は、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。

脳血管疾患等リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算は発症、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リハビリテーション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。

運動器リハビリテーション料の早期リハビリテーション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。

呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション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。

【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初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。

【急性期リハビリテーション加算】 50点（1単位につき）

疾患別リハビリテーション対象の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、対象は以下の別表第九の十の通りである。

<急性期リハビリテーション加算の対象となる患者(別表第九の十)>

- 1 相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者
- 2 重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者
- 3 特別な管理を要する処置等を実施している患者
- 4 リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者

【リハビリテーションデータ提出加算】 50点(1月につき)

外来・在宅医療のリハビリテーションの適切なデータ管理ができる体制があり、入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションに係るデータを提出した場合に、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算し算定する。

ア 厚生労働省が毎年実施する外来医療等調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものであり、提出されたデータについては、特定の患者個人を特定できないようにし、厚生労働省保険局において外来医療等に係る実態の把握・分析等のために適宜活用されるものであること。

イ データ提出の実績が認められた保険医療機関において、各疾患別リハビリテーション料を現に算定している患者について、データを提出する外来診療に限り算定する。

ウ データの提出を行っていない場合又はデータの提出(データの再照会に係る提出も含む。)に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。また、算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降について、算定ができる。

エ データの作成は3月単位で行うものとし、作成されたデータには第1月の初日から第3月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

オ 「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

【A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】 120点(1日につき)

(1)リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下この項において「専従の理学療法士等」という。)、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。

ア 当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態

について別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いた評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を別紙様式7の4又はこれに準ずる様式を用いて作成すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。退棟時においても別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いた評価を行うこと及びリスクに応じた期間で再評価を実施することが望ましいこと。

イ 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についてのカンファレンスが定期的開催されていること。なお、カンファレンスにおいては、必要に応じ、想定される退棟先の環境を踏まえた退棟後に起こりうるリスク、転倒リスクを踏まえた転倒防止対策、患者の機能予後、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について共有を行うこと。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。

ウ 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。

エ 指導内容等について、診療録等に要点を簡潔に記載すること。

(2) 当該病棟の専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し(1)のアからエまでの取組を実施するとともに、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。

ア 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料

イ 「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料

ウ 「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料

エ 「H002」運動器リハビリテーション料

オ 「H003」呼吸器リハビリテーション料

カ 「H004」摂食機能療法

キ 「H005」視能訓練

ク 「H007」障害児(者)リハビリテーション料

ケ 「H007-2」がん患者リハビリテーション料

コ 「H007-3」認知症患者リハビリテーション料

サ 「H008」集団コミュニケーション療法料

(3) 専任の管理栄養士は、(1)のアからエまでの取組を実施するとともに、次に掲げる栄養管理を実施すること。

ア リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画の作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM

基準を用いた栄養状態の評価を行うこと。

イ 週5回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、食事変更や食形態の調整等の対応を行うこと。

ウ 多職種のカンファレンスにおいて、患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む。）に関する提案を行うこと。

【早期離床・リハビリテーション加算】 500点

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け出た病室に入院している患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。入室後、早期から離床・リハビリの取組みを行っている場合に14日を限度に算定する。算定対象は特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料を算定する治療室である。

ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。

ウ 早期離床・リハビリテーションチームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

エ アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

4 指導

【B005-1-3 介護保険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、介護保険による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。

【B006-3 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に際し、患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又は、その家族等退院後患者の看護に当たる者に対してリハビリテーションの観点から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。指導の内容は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行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、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、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する指導とし、指導内容の要点を診療録等に記載する。死亡退院の場合は算定できない。

【B007 退院前訪問指導料】 580 点

継続して1月を超えて入院すると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）及び退院日に先だつて患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又は、その家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅で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医師又は看護師が配置されている施設へ入所予定の患者には算定できない。指導又は指導内容の要点を診療録等に記載する。

【C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】

1 同一建物居住者以外の場合 300 点

2 同一建物居住者の場合 255 点

在宅での療養を行っている患者であつて、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、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて、患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導を20分以上行った場合に算定する。

医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容を診療録に記載する。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。

【H003-4 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、その写しを診療録等に添付する。

◆リハビリテーションにおける記録・計画書

1 記録

【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

【H003-2 リハビリテーション総合計画評価料】

1. 300点 2. 240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書を作成し、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。

医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。

ア 要介護被保険者等であって、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運動器リハビリテーション料の算定日数上限の3分の1を経過している患者は、「2」で算定する。

イ 要介護被保険者等以外の患者、心大血管疾患・呼吸器・がん患者又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者、要介護被保険者等であって脳血管疾患等。廃用症候群又は運動器リハビリテーション料の算定日数上限の3分の1を経過していない患者は「1」で算定する。

リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮する。

ア 別紙様式23又はこれに準じた様式

イ 別紙様式21の6又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか1項目以上を組み合わせ記載する様式〔回復期リハビリテーション

病棟1を算定する患者については、必ず（ヌ）を含める]

- (イ) 疾患別リハビリテーション開始前の日常生活動作の状況
- (ロ) FIMを用いた評価
- (ハ) 前回計画書作成時からの改善・変化
- (ニ) 今後1ヶ月のリハビリテーションの目標、リハビリテーションの頻度、方針及び留意点
- (ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う具体的内容に係るもの
- (ヘ) 今後十分なリハビリテーションを実施しない場合に予想される状態の変化
- (ト) 疾患別リハビリテーション終了後のリハビリテーションの提供の必要性及び必要な場合のリハビリテーションの内容
- (チ) 病棟における日常生活動作の状況（入院患者に対し、リハビリテーション総合計画評価料を算定する場合のみ記載することができる）
- (リ) 関節可動域、筋力、持久力、変形、関節不安定性、運動機能発達に係る障害、麻痺等、個々の運動機能障害における重症度の評価
- (ヌ) 身長、体重、BMI（Body Mass Index）、栄養補給方法（経口、経管栄養、静脈栄養）等に基づく患者の栄養状態の評価に係るもの（栄養障害等の状態にある患者については、必要栄養量、総摂取栄養量等も踏まえた評価を行う。なお、嚥下調整食を必要とする患者については、栄養障害等の有無にかかわらず、当該嚥下調整食の形態に係る情報として、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類コードも必ず記載する）
- (ル) リハビリテーションの観点から、家庭や病棟において、患者自ら行うことが望ましい訓練
- (ヲ) FAI（Frenchay Activities Index）、LSA（Life-Space Assessment）、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメント、ロコモ25〔平成22年厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全（ロコモティブシンドローム）の早期発見ツールの開発」において作成されたもの〕又は老研式活動能力指標のいずれかを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの

【入院時訪問指導加算】 150点

入院時訪問指導加算はA308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日以内に当該患者の同意を得て、医師、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、介護支援専門員又は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、患者の病状、退院後生活する住環境（家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、入院時に1回に限り150点を所定点数に加算する。当該加算

を算定する場合には、別紙様式 42 又はこれに準ずる様式を用いて評価書を作成するとともに、その写しを診療録に添付する。

【運動量増加機器加算】 150 点

運動量増加機器加算は、脳卒中又は脊髄障害の急性発症に伴う上肢又は下肢の運動機能障害を有する患者に対して、医師、理学療法士又は作業療法士のうち 1 名以上が、患者の運動機能障害の状態を評価した上で、脳血管疾患等リハビリテーションに運動量増加機器を用いることが適当と判断した場合であって、当該機器を用いたリハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、1 回に限り算定する。ただし、当該機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められる場合に限り、発症日から起算して 2 月を限度として月 1 回に限り算定できる。なお、この場合においては、医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。当該加算を算定する場合には、適応疾患、発症年月日、運動障害に係る所見、使用する運動量増加機器の名称及び実施期間の予定をリハビリテーション総合実施計画書に記載し、その写しを診療録等に添付すること。

【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、医師は定期的な機能検査等をもとにその効果判定を行い別紙様式 21 を参考にしたりハビリテーション実施計画書をリハビリテーションの開始後原則として 7 日以内、遅くとも 14 日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後、3 か月に 1 回以上、患者又はその家族等に対して実施計画書の内容を説明の上交付すると共にその写しを診療録に添付する。

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、FIM の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等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とし、かつ、様式 42 の 2 に基づき、当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM 等について報告を行うこととする。

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。

リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書については、計画書に

患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。

※具体的な診療報酬の算定に当たっては、医科点数表の解釈や診療報酬点数表、社会保険診療提要などをご参照ください。

※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。

G リハビリテーション業務手順 ※H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

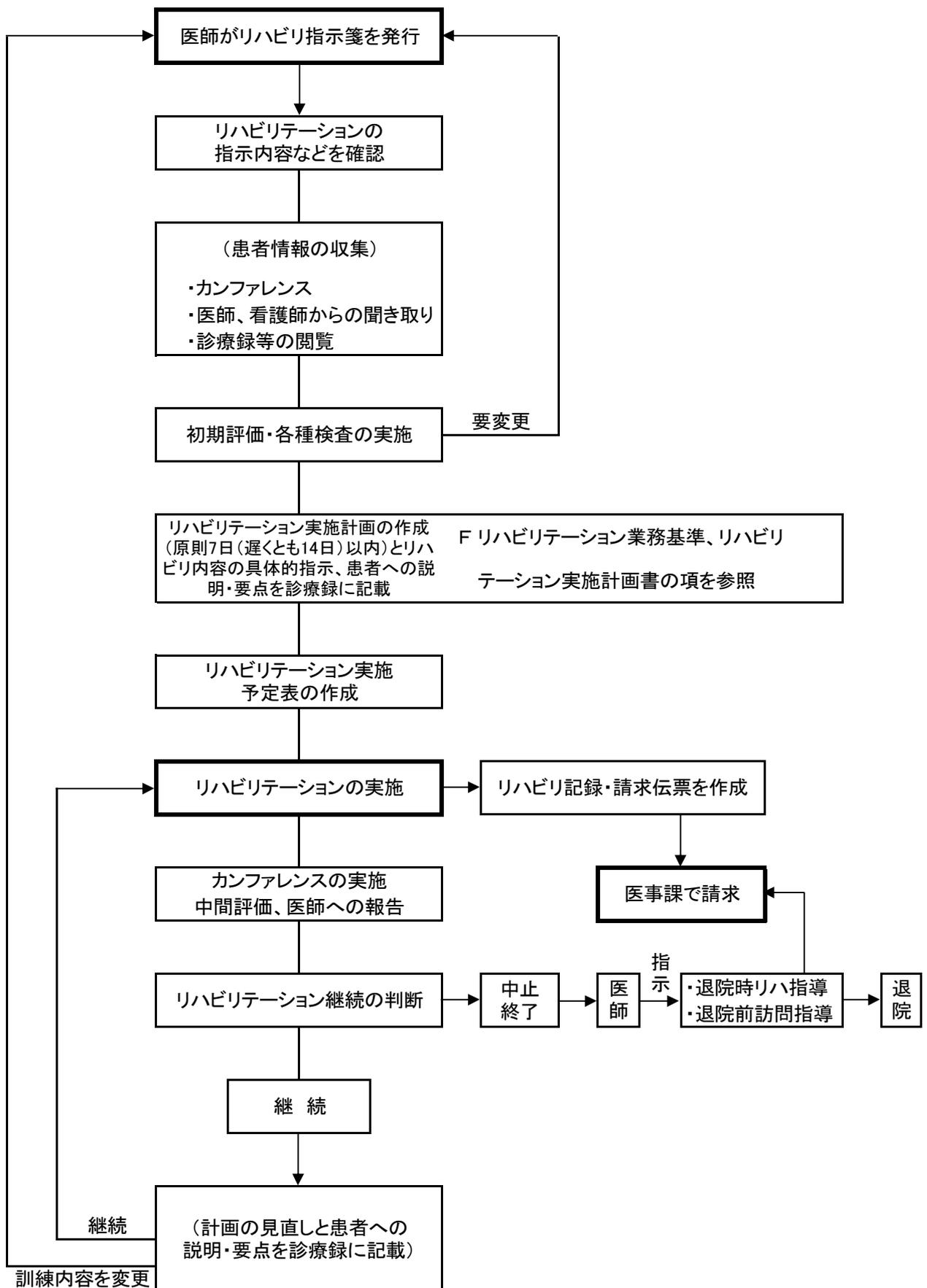
終了時にはサマリーを作成し、カルテに添付する。また、退院指導等を行った時は、内容をカルテに記載する。

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。

H フローチャート



I 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	実施単位	種別	初期加算等	訓練内容	所見・評価・その他	実施者印・サイン
日 ()	～ :		心大血管 脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 摂食機能	初期 早期 急性期			
日 ()	～ :		心大血管 脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 摂食機能	初期 早期 急性期			
日 ()	～ :		心大血管 脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 摂食機能	初期 早期 急性期			
日 ()	～ :		心大血管 脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 摂食機能	初期 早期 急性期			
日 ()	～ :		心大血管 脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 摂食機能	初期 早期 急性期			
日 ()	～ :		心大血管 脳血管 廃用症候群 運動器 呼吸器 摂食機能	初期 早期 急性期			

J カンファレンス記録

開催日 年 月 日 (回目)

患者氏名：

ID:

主病名	
リハ対象疾患名	

現状報告

医師 () (参加・欠席)	
看護師 () (参加・欠席)	
理学療法士 () (参加・欠席)	
作業療法士 () (参加・欠席)	
言語聴覚士 () (参加・欠席)	
医療相談員 () (参加・欠席)	
管理栄養士 () (参加・欠席)	
薬剤師 () (参加・欠席)	

◎カンファレンス内容のまとめ

--

◎目標

(短期目標) (長期目標)
--

◎課題

--

次回予定日 年 月 日

K 疾患別リハビリテーション実施一覧表

(年 月分)

理学・作業・言語

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／ 年 月 日	
発症日／ 年 月 日	手術日／ 年 月 日	リハ開始日／ 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(I・II・III・包括)																																		
廃用症候群(I・II・III・包括)																																		
運動器疾患(I・II・III・包括)																																		
呼吸器疾患(I・II・III・包括)																																		
心大血管疾患(I・II・III・包括)																																		
がん患者リハビリテーション料																																		
摂食機能療法																																		
(加算)	初期リハビリ加算(1~14日)																																	
	早期リハビリ加算(1~30日)																																	
	急性期リハビリ加算(1~14日)																																	
	リハビリテーション総合計画評価料1																																	
	退院前訪問指導料																																	
	リハ・栄養・口腔連携体制加算																																	
	運動量増加機器加算																																	

※各施設で取得している疾患別リハビリテーション料、加算等を記載すること。

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名	性別 (男 ・ 女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年 月 日)
算定病名	治療内容 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法	発症日・手術日 (年 月 日) リハ開始日 (年 月 日)	
併存疾患・合併症	安静度・リスク	禁忌・特記事項	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載	
<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 - <input type="checkbox"/> 酸素療法 ()L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環障害 - <input type="checkbox"/> EF ()% <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <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 <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"/> その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 () <input type="checkbox"/> 栄養障害 () <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 () <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 () <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 運動機能障害 (<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パ°キゾニアム) <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 () <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行) <input type="checkbox"/> 精神行動障害 () <input type="checkbox"/> 見当識障害 () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 (<input type="checkbox"/> 自閉症/ア°外閉症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)

基本動作	
<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> その他 ()

日常生活活動(動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載				使用用具及び 介助内容等	
項目	FIM	得点	開始時→現在		
運動	セルフケア	食事	→	→	
		整容	→	→	
		清拭・入浴	→	→	
		更衣(上半身)	→	→	
		更衣(下半身)	→	→	
	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 (杖・装具)		→	→		
車椅子 階段		→	→		
小計 (FIM 13-91、BI 0-100)		0	→ 0	0	0
認知	コミュニ	→	/		
	ケーション	→			
	理解	→			
	表出	→			
	社会的交流	→			
社会認識	問題解決	→			
	記憶	→			
小計 (FIM 5-35)		0	→ 0		
合計 (FIM 18-126)		0	→ 0		

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)	
基礎情報	<input type="checkbox"/> 身長 (*1) : ()cm <input type="checkbox"/> 体重 : ()kg <input type="checkbox"/> BMI (*1) : ()kg/m ² <input type="checkbox"/> 経口 : (<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 静脈 (<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心)
栄養補給方法(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 経口 : (<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 静脈 (<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心) <input type="checkbox"/> 嚥下調整食の必要性: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : (学会分類コード))
栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定	<input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 (<input type="checkbox"/> 中等度低栄養 <input type="checkbox"/> 重度低栄養) 該当項目 表現型 (<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 低BMI <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因 (<input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収機能低下 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症)
② GLIM基準以外の評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】	
必要栄養量	熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g
総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2))	熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g

口腔(※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入)	
義歯の使用:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯肉の腫れ、出血: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
歯の汚れ:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられ: <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> その他 ()

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ			
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳 <input type="checkbox"/> その他(難病等) 障害程度
目標(1ヶ月)	目標(終了時) <input type="checkbox"/> 予定入院期間() <input type="checkbox"/> 退院先 () <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要		
治療方針(リハビリテーション実施方針)	治療内容(リハビリテーション実施内容)		
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名 _____	説明を受けた人: 本人、家族 () 説明日: 年 月 日 署名 _____		

リハビリテーション実施計画書

事業所番号 _____

入院 外来 / 訪問 通所

計画作成日: _____年____月____日

氏名: _____様

性別: 男 女

生年月日: _____年____月____日 (_____歳)

要支援 要介護 _____

リハビリテーション担当医: _____

担当 _____

(PT OT ST 看護職員 その他従事者 (_____)

■本人・家族等の希望(本人のしたい又はできるようにになりたい生活の希望、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____年____月____日 直近の入院日: _____年____月____日 直近の退院日: _____年____月____日

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____

合併症:

脳血管疾患 骨折 誤嚥性肺炎 うつ血性心不全 尿路感染症 糖尿病 高血圧症 骨粗しょう症 関節リウマチ がん うつ病 認知症 褥瘡

※上記以外の疾患⇒ 神経疾患 運動器疾患 循環器疾患 消化器疾患 腎疾患 内分泌疾患 皮膚疾患 精神疾患 その他 (_____)

コントロール状況 _____

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シ_____あり なし

生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I、IIa、IIb、IIIa

■心身機能・構造

項目	現在の状況		活動への支障		将来の見込み(※)		
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
麻痺	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
その他の高次脳機能障害()	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
疼痛	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験							
<input type="checkbox"/> TUG Test							
服薬管理							
<input type="checkbox"/> MMSE							
<input type="checkbox"/> HDS-R							
コミュニケーションの状況							

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

項目	現在の状況			将来の見込み(※)		
	自立	一部介助	全介助	改善	維持	悪化
寝返り	<input type="checkbox"/>					
起き上がり	<input type="checkbox"/>					
座位	<input type="checkbox"/>					
立ち上がり	いすから	<input type="checkbox"/>				
	床から	<input type="checkbox"/>				
立位保持	<input type="checkbox"/>					

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)		
食事	10	5	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イスとベッド間の移乗	15	10 ← 監視下	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移乗	座れるが移れない→	5	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整容	5	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレ動作	10	5	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	5	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
平地歩行	15	10 ← 歩行器等	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	車椅子操作が可能→	5	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
階段昇降	10	5	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	10	5	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排尿コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計点						

■リハビリテーションの目標

(長期)

(短期(今後3ヶ月間))

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明: 西 _____年____月____日

本人のサイン: _____

家族サイン: _____

説明者サイン: _____

特記事項:

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名	性別 (男・女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年 月 日)
算定病名	治療内容 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法	発症日・手術日 (年 月 日)	リハ開始日 (年 月 日)
併存疾患・合併症	安静度・リスク	禁忌・特記事項	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載			
<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS)	<input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 - <input type="checkbox"/> 酸素療法 ()L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 ()	<input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ()
<input type="checkbox"/> 循環障害 - <input type="checkbox"/> EF ()% <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無)	<input type="checkbox"/> 危険因子 <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 <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"/> その他	<input type="checkbox"/> 筋力低下 ()	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 (<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パ・キリニアム)
<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 ()	<input type="checkbox"/> 栄養障害 ()	<input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ()	<input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚)
<input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ()	<input type="checkbox"/> 褥瘡 ()	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行)	<input type="checkbox"/> 音声発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ())
<input type="checkbox"/> 疼痛 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 精神行動障害 ()	<input type="checkbox"/> 見当識障害 ()
		<input type="checkbox"/> 記憶障害 ()	<input type="checkbox"/> 発達障害 ()
		<input type="checkbox"/> 自閉症/パ・トラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害	

基本動作			
<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)
<input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> その他 ()		

日常生活活動(動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載				使用用具及び 介助内容等	
項目	得点 開始時→現在				
	FIM	BI	BI		
運動	セルフケア	食事	→	→	
		整容	→	→	
		清拭・入浴	→	→	
		更衣(上半身)	→	→	
		更衣(下半身)	→	→	
	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 (杖・装具:)		→	→		
車椅子 階段		→	→		
小計 (FIM 13-91, BI 0-100)		0 → 0	0 → 0		
認知	コミュニケーション	理解 →			
		表出 →			
	社会認識	社会的交流 →			
		問題解決 →			
		記憶 →			
小計 (FIM 5-35)		0 → 0			
合計 (FIM 18-126)		0 → 0			

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)			
基礎情報	<input type="checkbox"/> 身長 (*1) : ()cm	<input type="checkbox"/> 体重 : ()kg	<input type="checkbox"/> BMI (*1) : ()kg/m ²
栄養補給方法(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 経口 : (<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品)	<input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 静脈 (<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心)
嚥下調整食の必要性:	(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : (学会分類コード))		
栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定	<input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 (<input type="checkbox"/> 中等度低栄養 <input type="checkbox"/> 重度低栄養)		
	該当項目 表現型 (<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 低BMI <input type="checkbox"/> 筋肉量減少)	病因 (<input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収機能低下 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症)	
	② GLIM基準以外評価 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】			
必要栄養量	熱量 : ()kcal	たんぱく質量 ()g	
総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2))	熱量 : ()kcal	たんぱく質量 ()g	

口腔(※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入)			
義歯の使用:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	歯肉の腫れ、出血:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
歯の汚れ:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられ (<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる)	<input type="checkbox"/> その他 ()

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ			
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手 <input type="checkbox"/> その他(難病等)
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	種	級	障害程度
目標(1ヶ月)	目標(終了時)		<input type="checkbox"/> 予定入院期間 () <input type="checkbox"/> 退院先 () <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要

治療方針(リハビリテーション実施方針)		治療内容(リハビリテーション実施内容)	
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名 _____	説明を受けた人:本人、家 () 説明日: 年 月 日 署名 _____		
目標 ※該当する項目のみ記載する		具体的な対応方針 ※必要な場合記載する	
参加 <input type="checkbox"/> 居住場所 — <input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 復職 — <input type="checkbox"/> 現職復 (<input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 () — <input type="checkbox"/> 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 就学・復学・進学 — <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 就学に要配慮 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他 () — <input type="checkbox"/> 療育・通学先 () <input type="checkbox"/> 通学方法の変 () <input type="checkbox"/> 家庭内役割 () <input type="checkbox"/> 社会活動 () <input type="checkbox"/> 趣味 ()			
活動 <input type="checkbox"/> 床上移動 (寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など) — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 — <input type="checkbox"/> 装具・杖等 <input type="checkbox"/> 環境設 <input type="checkbox"/> 屋内移動 — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 — <input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等 () <input type="checkbox"/> 屋外移動 — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 — <input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等 () <input type="checkbox"/> 自動車運転 — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 — <input type="checkbox"/> 改造 () <input type="checkbox"/> 公共交通機関利用 — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 — <input type="checkbox"/> 種類 () <input type="checkbox"/> 排泄 (移乗以外) — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> 下衣操 <input type="checkbox"/> 拭き動作 <input type="checkbox"/> カテテル) — <input type="checkbox"/> 種類 (<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 食事 — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 — <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> フォーク等 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは経管 — <input type="checkbox"/> 食形態 () <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 — <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー — <input type="checkbox"/> 洗体介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助 <input type="checkbox"/> 家事 — <input type="checkbox"/> 全て実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施 () <input type="checkbox"/> 書字 — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> PC・スマートフォン・ICT — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション — <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 — <input type="checkbox"/> コミュニケーション機 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 他者からの協力			
対応を要する項目		具体的な対応方針	
心理 <input type="checkbox"/> 精神的支援 () <input type="checkbox"/> 障害の受容 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
環境 <input type="checkbox"/> 自宅の改築等 () <input type="checkbox"/> 福祉機器の導入 () <input type="checkbox"/> 社会保障サービス — <input type="checkbox"/> 身障手 <input type="checkbox"/> 障害年 <input type="checkbox"/> 難病・小慢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 介護保険サービス () — <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 — <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等 — <input type="checkbox"/> 放課後デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援 (医療・福祉) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 ()			
第三者の不利 <input type="checkbox"/> 退院後の主介護者 () <input type="checkbox"/> 家族構成の変 () <input type="checkbox"/> 家庭内役割の変 () <input type="checkbox"/> 家族の社会活動変 ()			

(別紙様式 4 2)

入院時訪問指導に係る評価書

作成日 年 月 日

1. 基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
訪問日	年 月 日	入院日	年 月 日
訪問先種別		訪問先住所	
訪問者職種		訪問者氏名	
同行者職種 ・氏名	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	

2. 情報収集及び評価

患者の病状や 障害像	■退院時 ADL 予後: 主な移動方法() → 自立・要介助・全介助 ■認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する 住環境の状況	■主な居室()と主たる移動場所() ■室内の段差: 無・有り(場所) ■手すり: 無・あり(場所) ■近隣の店までの距離(m)
患者、家族の 住環境に関する 希望等	
その他(食事、整 容、入浴、排泄、介 護状況、移動手段等 の特記事項)	
コメント・評価 (解決すべき住環境 課題について記入)	

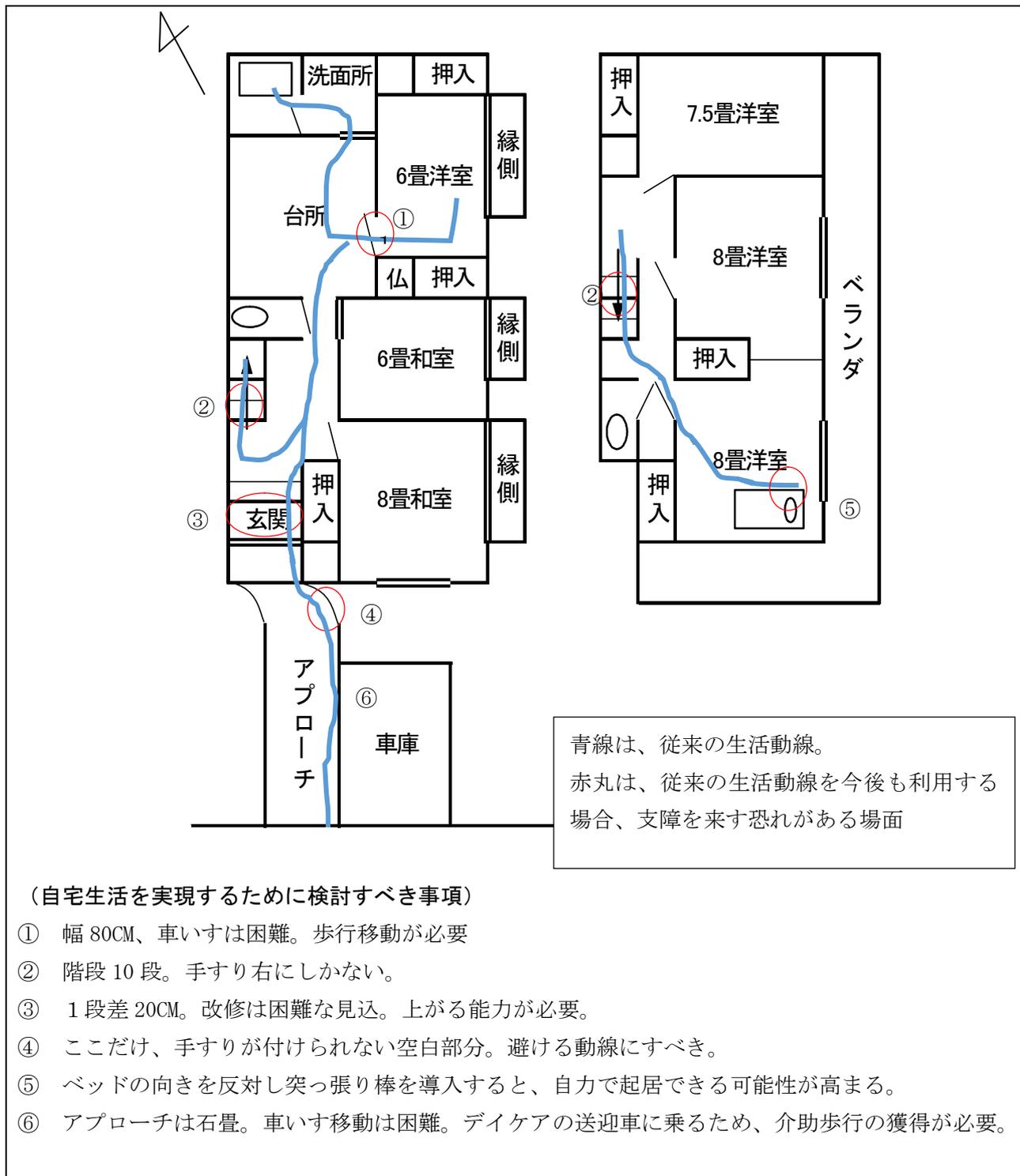
3. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

[記入上の注意]

1. 訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。
2. 退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの 距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。

(参考) 作図の場合



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	手術の有無	有 ・ 無																							
	手術名																								
	手術年月日	年	月	日																					
4	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	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		具体的に記載すること																						
7	改善に要する見込み期間		<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																						
8	前回の評価からの 改善や変化		<table style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>-1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="5">-----</td> </tr> <tr> <td>悪化</td> <td>維持</td> <td></td> <td></td> <td>改善大</td> </tr> </table> BI・FIMで()点程度の改善			-1	0	1	2	3						-----					悪化	維持			改善大
-1	0	1	2	3																					

悪化	維持			改善大																					

〔記載上の注意〕

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

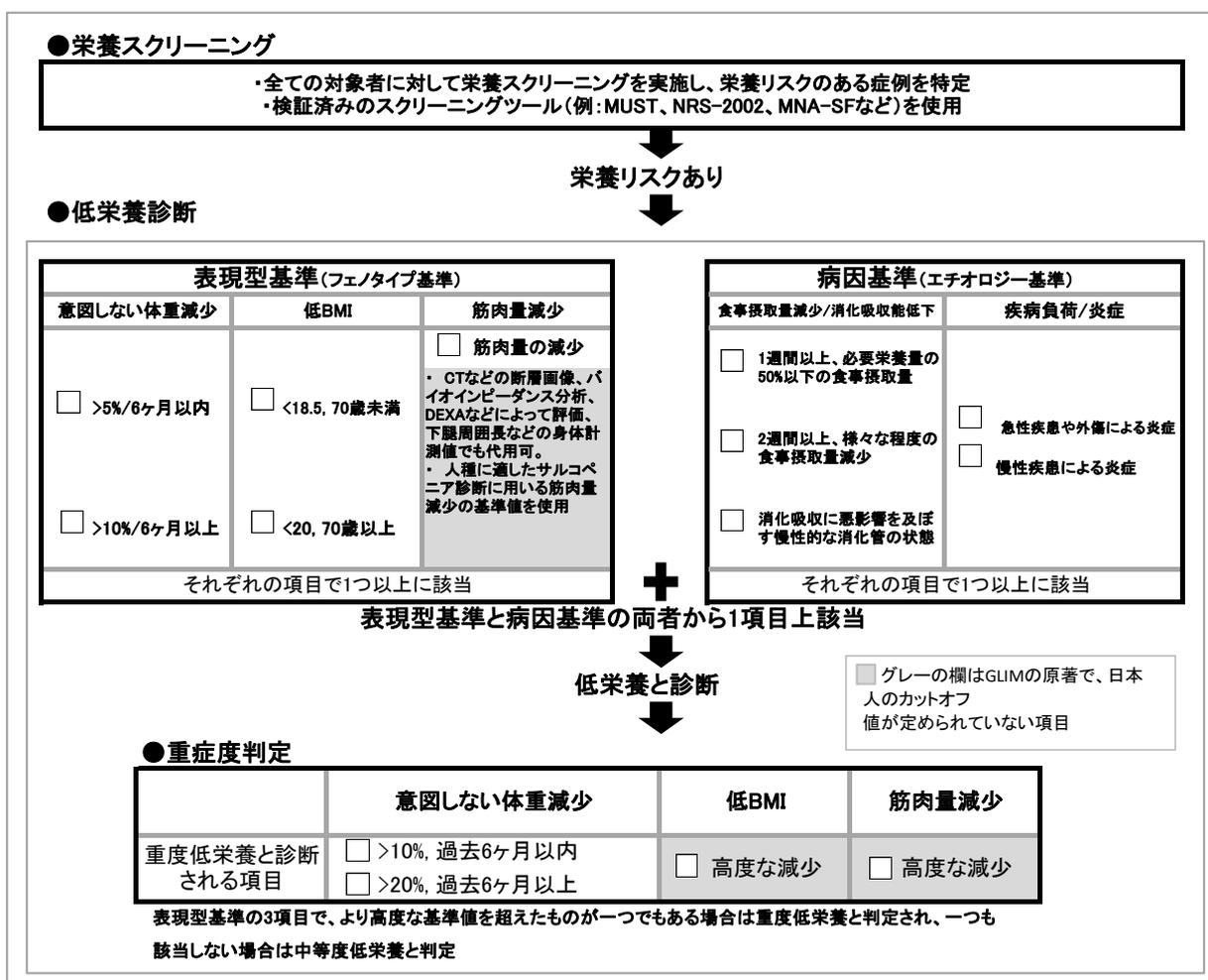
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
及び地域包括医療病棟入院料に係る評価書

バーセルインデックス (Barthel Index)

項目	点数	項目	点数
食事	0	歩行	0
車椅子からベッドへの移動	0	階段昇降	0
整容	0	着替え	0
トイレ動作	0	排便コントロール	0
入浴	0	排尿コントロール	0
		合計得点(0 /100点)	

栄養状態

栄養状態の評価は、GLIM 基準を用いて行う。



GLIM基準による判定	<input type="checkbox"/> 低栄養非該当	<input type="checkbox"/> 低栄養 (<input type="checkbox"/> 中等度低栄養 <input type="checkbox"/> 重度低栄養)
-------------	---------------------------------	---

※ 詳細については、日本臨床栄養代謝学会(JSPEN)ホームページ「GLIM 基準について」を参照

口腔状態

項目	評価	
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

**リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
及び地域包括医療病棟入院料に係る計画書**

(患者氏名)

様

年 月 日

病棟 (病室)	
リハビリテーション (離床、ADL動作、排泄に 係る内容を含む)	
栄養管理 (栄養補給、栄養食事相 談、その他の栄養管理上解 決すべき課題に関する内容 を含む)	
口腔管理 (口腔ケアに係る内容を含む)	
歯科医師等への連携の 必要性	
その他	

担当者氏名

担当医	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士

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 による評価の場合）

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		
		清拭・入浴		
		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	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。

疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	

1. 疾患別リハビリテーション料の算定状況について

各年7月1日から31日までの1ヶ月間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者について実人数を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の傷病名により同一の疾患別リハビリテーション料を算定した場合は、1人として計算すること。

	入院中の患者 以外の患者	入院中の患者
<脳血管疾患等リハビリテーション料について>		
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(180日)を超えた患者 ※ 2)は3)と5)を足し合わせた数	人	人
3) 2)のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等		
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<廃用症候群リハビリテーション料について>		
1) 廃用症候群リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(120日)を超えた患者 ※ 2)は3)と5)を足し合わせた数	人	人
3) 2)のうち、廃用症候群リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等		
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<運動器リハビリテーション料について>		
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(150日)を超えた患者 ※ 2)は3)と5)を足し合わせた数	人	人
3) 2)のうち、運動器リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等		
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人

2. 患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、各年7月1日から7日までの1週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「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、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者）を記載すること。

例	1) 年齢	2) 要介護度 【選択肢】 1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5	3) 主な傷病 ※○は1つだけ					4) 上限日数となつてからの期間 ※○は1つだけ				5) ADL				6) 単位数
			脳血管疾患	廃用症候群	外傷	外傷以外の整形外科疾患	その他	3か月未満	3か月以上6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上	BI (Barthel Index)		FIM (126点満点でご記入ください)		
												4) のはじめ	現在	4) のはじめ	現在	
	75	6	1	○2	3	4	5	1	2	○3	4	30	60	1	2	7
1	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
2	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
3	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
4	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
5	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
6	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
7	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
8	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
9	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
10	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					

【記載上の注意】

1. については、入院していた患者が退院した等により、同一月内に「入院中以外の患者」及び「入院中の患者」の両方に当てはまる場合は、当該月内の初回の疾患別リハビリテーション料の算定により計算すること。

リハビリテーション部会運営委員会委員名簿

(2024年10月31日現在)

委員長	田村 篤	洛西シズ 病院 リハビリテーション科本部課長
副委員長	織田 泰 匡	医療法人石鎚会 施設長兼所長
副委員長	田後 裕 之	京都岡本記念病院 診療技術部部长
委員	秋本 喜 英	宇治武田病院 リハビリテーション科科长
委員	大藪 誠 士	洛和会本部技術部門統括室 主席課長
委員	尾谷 雅 章	京都きづ川病院 リハビリテーションセンター主任
委員	大嶋 孝 司	京都リハビリテーション病院 作業療法士
委員	山本 佐知子	京都南病院 リハビリテーション部係長
委員	荒木 美奈子	京都民医連中央病院 リハビリテーション課副主任
委員	岸本 紀 和	十条武田リハビリテーション病院 医療安全対策室専従医療安全マネージャー
委員	高岡 佐和子	京都大原記念病院 リハビリテーション部課長
担当役員	児玉 直 俊	京都近衛リハビリテーション病院 院長

リハビリテーション帳票マニュアル

2024年10月31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