厚生労働省 保険局 局長 鈴木 俊彦 様

平成30年度診療報酬改定に関する要望

日頃よりリハビリテーション専門職の活動にご理解とご協力を賜り心より感謝申し上 げます。

平成30年度の診療報酬改定に向けて、我々リハビリテーション専門職団体協議会では、 急性期において早期に機能回復を促すための関わりや、早期退院後在宅リハビリテーションへ移行するための医療介護連携を推進する関わり、認知症や難病等、専門性をもった対応が求められる分野におけるリハビリテーションの在り方等を検討して参りました。

つきましては、別紙の通り診療報酬改定に関する要望を取りまとめましたので、ご尽力 賜りますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

リハビリテーション専門職団体協議会 診療報酬に関する要望項目

- I. リハビリテーション提供体制について
- 1. 急性期リハビリテーションの提供体制の充実
- (1) 急性期病院における休日リハビリテーションの普及(p.1)
- (2) 生活の視点を持ったリハビリテーションマネジメントを推進するための急性期の働き方の提案(p.2)
- 2. 早期退院・早期在宅リハビリテーションへの移行と医療介護連携の推進
- (1) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料における算定対象範囲の拡大と退院後の短期集中的な 提供の評価(p.3)
- (2) 外来患者における早期リハビリテーション加算・初期加算の対象疾患制限の撤廃(p.4)
- (3) 医療介護連携を推進するリハビリテーション総合実施計画書の提案(p.5,別紙)
- 3. リハビリテーション医療の充実に関する提案
- (1) 療養病棟における標準的算定日数を超えた要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の減算の 見直し(p.6)
- (2) 認知症患者リハビリテーション料の充実(p.7)
- 4. 医師の負担を軽減するための提案
- (1) リハビリテーション実施計画書および目標設定等支援・管理シートに関する負担軽減の提案(p.8)
- (2) 外来リハビリテーション診療料における医師の診察頻度およびリハビリテーションの進捗状況の把握(カンファレンスと診療録への記載)の負担軽減の提案(p.9)
- Ⅱ. 職名追記に関して
- 1. 認知症ケア加算算定に関与する認知症ケアチームへのリハビリテーション専門職の明記(p.10,11)
- 2. 難病リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を職名追記(p.12)

I-1-(1). 急性期病院における休日リハビリテーションの普及

急性期病床の機能分化を進めていく上で、早期から十分なリハビリテーションを提供することで ADL の回復をさらに加速し、在院日数の短縮と在宅復帰率の向上をさらに強化していく必要があります。急性期一般病床における 365 日のリハビリテーションは、在院日数を短縮し、在宅復帰を促進すると報告されていますが、現状において土曜・日曜・祝日にリハビリテーションが提供されていない施設が存在し、急性期病床の早期リハビリテーションの提供は十分とは言えない状況です。

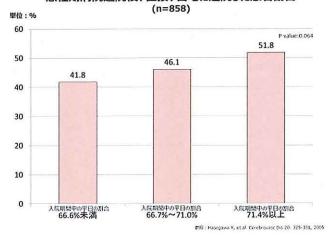
以上のことから、さらなる急性期病床の在院日数の短縮・在宅復帰率の向上を目的に、 以下 2 点について要望いたします。

く提案>

- 1. 一般病棟入院基本料(7 対 1 入院基本料または 10 対 1 入院基本料に限る)を算 定する病棟において、土曜・日曜・祝日に疾患別リハビリテーションを提供した際 の評価。
- 2. 特定機能病院制度の承認要件のうち、人員配置に理学療法士・作業療法士・言語聴 覚士を追加。

入院患者数÷〇〇が最低基準

急性期病院退院後、直接、自宅に退院した患者割合



急性期病院入院患者が、立ち座りを始めるタイミング (n=858)



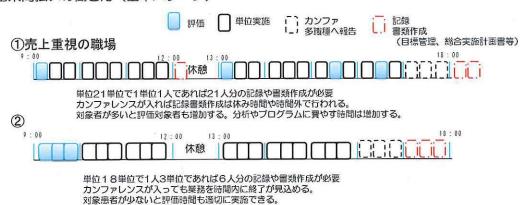
入院期間中の平日の割合が高いほど、急性期病院退院後、直接、自宅に退院する患者の割合が高 く、入院期間中の平日の割合が高いほど、立ち座りを始めるタイミングが早い。

I-1-(2). 生活の視点を持ったリハビリテーションマネジメントを 推進するための急性期の働き方の提案

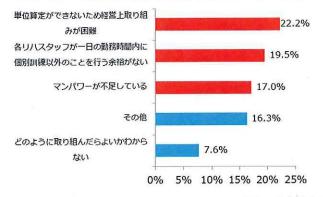
急性期医療において、入院中から生活の視点を持ったリハビリテーションを提供することは大変重要であると捉えています。一方で、施設の状況により、経営上の理由や病床数に対して雇用の少ない職場では、一日の業務時間内に個別訓練以外の業務を行う事が出来ない働き方になっています。結果、生活の視点を持ったリハビリテーションマネジメントは不十分で、低い効果の医療提供により、無駄な医療費に繋がっています。

以上のことから、生活の視点を持った急性期リハビリテーションの推進を目的に、リハビリテーション専門職が算定する個別訓練単位の一日の上限を18単位までとし、リハビリテーションマネジメントを評価することを要望いたします。

出来高払いの働き方(基本パターン)

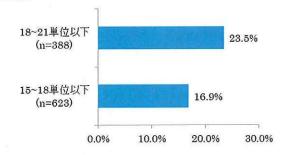






一日の提供単位数別取り組みが困難な理由のうち

一日の勤務時間内に個別訓練以外のことを行う余裕がないと回答 した割合



参照:平成27年 日本理学療法士協会調べ(全国の回復期病院1065施設,回答率62.2%)

家庭内での役割復帰(家事等)・地域社会への参加に関する連携が十分行えている病棟の割合は、全国の回復期病棟の10%程度であり、取り組みができていない理由(左図)には、特に提供単位数が標準18単位を越えている病棟で時間的な余裕がないことが高い割合を占めていた(右図)。

I-2-(1). 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料における算定対象範囲の拡大と退院後の短期集中的な提供の評価

早期退院と在宅への移行を推進していくためには、退院後も在宅で十分にリハビリテーションを受けられる体制を整備する必要があります。現状では、介護保険を申請していない場合、通院が可能な方が享受できるリハビリテーション資源は外来での疾患別リハビリテーションのみとなっています。在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の対象は「通院が困難なもの」に限定されており、実施することができません。

また要介護被保険者の場合、介護保険サービスを開始するまでに一定の日数を要し、早期のリハビリテーションを実施できないケースがあります。さらに、要介護者・要支援者に対する訪問リハビリテーションについては、介護保険が優先し医療保険では算定できません。

以上のことから、以下2点を要望いたします。

く提案>

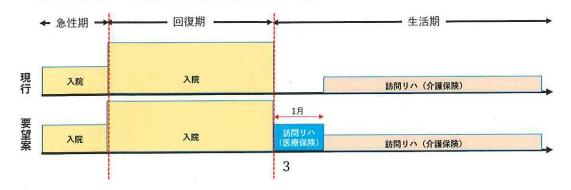
- ① 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の対象について、通院が可能な場合でも屋内 の ADL 自立に向けたリハビリテーション介入が必要な場合は算定を可能とする。尚、外来 リハビリテーションを実施した同一日には算定できないものとする。
- ② 介護保険によるリハビリテーション開始までの退院後1月に限り、要介護被保険者の在宅 患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定を可能とする。また早期在宅リハビリテーションへの移行を実現するため、6単位/日までの単位の提供を可能とする。

①「通院が可能な場合でも屋内のADL自立に向けたリハビリテーション介入が必要な場合」へ拡大した場合

②「退院後1月に限り要介護被保険者の算定」へ拡大した場合

<想定される症例> 軽度な症例 (要介護被保険者等でない場合)

<想定される症例> 中重度な症例(要介護被保険者等の場合)

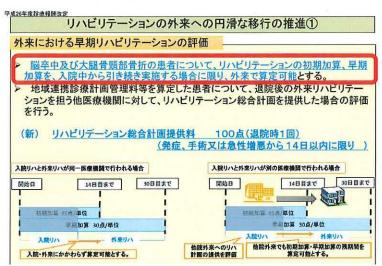


I-2-(2). 外来患者における早期リハビリテーション加算・初期加算の 対象疾患制限の撤廃

疾患別リハビリテーションにおける入院中の患者以外の患者については、脳卒中の患者と大腿骨頸部骨折の患者について、早期リハビリテーション加算と初期加算が評価されています。

平成 28 年度診療報酬改定において、地域連携診療計画加算が新設されたのに伴い、地域連携診療計画については対象疾患の限定はなくなりましたが、早期リハビリテーション加算・初期加算の算定については脳卒中の患者と大腿骨頸部骨折の患者に限られています。

以上のことから、早期に在宅医療へ移行し、外来においても機能回復に資するリハビリテーションを受けられる環境整備を促進するために、疾患別リハビリテーションにおける 入院中の患者以外の患者への早期リハビリテーション加算・初期加算の対象疾患について、 限定をなくすことを要望します。



平成 26 年度診療報酬改定説明会資料

	平成24年4月~平成26年3月	平成26年4月~平成28年3月	平成28年4月~	〈要望〉
主な地域連携診療計画に よる退院支援に係る加算	地域連携診療計画管理料 地域連携診療計画退院時指導料	地域連携診療計画管理料 地域連携診療計画退院時指導料	地域連携診療計画加算	地域連携診療計画加算
地域連携診療計画の 対象疾患	大腿骨頸部骨折、脳卒中のみ	大腿骨頸部骨折、脳卒中のみ	限定なし	限定なし
外来リハビリテーションに おける早期リハビリテー ション加算・初期加算 (自院の場合)	_	新設	9	
外来リハビリテーションに おける早期リハビリテー ション加算・初期加算 (他院の場合)	_	新設 地域連携診療計画管理料又は地 域連携診療計画退院時指導料を 算定した患者のみ	地域連携診療計画加算を 算定した患者のみ	地域連携診療計画加算を算定した思者のみ
外来リハビリテーションに おける早期リハビリテー ション加算・初期加算の 対象疾患		大腿骨頸部骨折、脳卒中のみ	大腿骨頸部骨折、 脳卒中のみ	限定なし

I-2-(3). 医療介護連携を推進するリハビリテーション総合実施計画書の 提案

現在、医療と介護の連携をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおけ る実施計画書等のあり方が課題となっており、医療と介護のリハビリテーションにおける 実施計画書等は、互換性を持たせて、情報の引き継ぎが円滑にいくように検討していくべ きとされています。(社保審-介護給付費分科会第141回)

リハビリテーション総合実施計画書の様式を、医療介護で共通項目を設け、情報共有の 効率化を図ること、利用者、家族にとってもわかりやすいものとすることを要望いたしま

<リハビリテーション総合実施計画書の提案>

- ○介護支援専門員との共通アセスメント項目を追加
- ○利用者と家族の希望等とリハビリテーションの目標を「活動・参加」に焦点化
- ○専門職種ごとの評価・関与と総合的な評価・方針を整理
- ○利用者・家族にとって、わかりやすい文言を用いる



介護保険 通所リハビリテーション ・リハビリテーションマネジメントの様式例

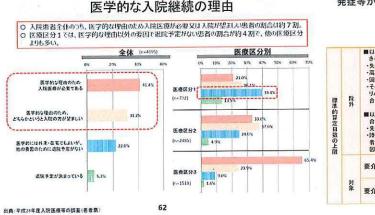
*左:リハビリテーション専門職団体協議会作成の(案)リハビリテーション総合実施計画書 別紙参照資料

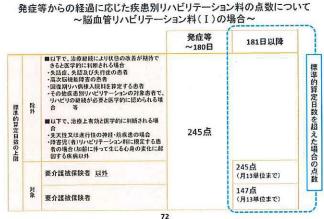
*右:リハビリテーションマネジメント加算 評価様式項目一覧

I-3-(1). 療養病棟における標準的算定日数を超えた要介護被保険者の疾患 別リハビリテーション料の減算の見直し

平成28年度診療報酬改定において、標準的算定日数を超えた場合の要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の減算が導入されました。平成28年度入院医療等の調査では、医学的な理由のため入院医療が必要または入院が望ましい患者の割合は72.6%であり、医療区分1では、医学的な理由以外の要因で退院予定がない患者の割合が4割で他の医療区分よりも多い結果が示されています。一方で療養病棟のリハビリテーションにおいては、医学的な理由のために入院している患者のうち、標準的算定日数を超えた場合の要介護被保険者と介護保険を持っていない患者に対する疾患別リハビリテーション料の評価が異なっている状況です。標準的算定日数を超えた要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料の減算の本来の目的は、在宅復帰予定患者の要介護被保険を介護保険へ移行するためのものであり、療養病棟に医学的な理由のために入院している患者に対してはそぐわない評価になっています。

以上のことから、療養病棟に入院中の患者のうち、要介護被保険者であっても医学的理由のために入院している患者の場合には、介護保険を持っていない患者と同様の疾患別リハビリテーション料の評価とすることを要望いたします。





平成29年8月4日 第5回入院医療等の調査・評価分科会資料

I-3-(2). 認知症患者リハビリテーション料の充実

現在、認知症患者リハビリテーション料は、重度認知症の状態にある患者に対して、個 別療法であるリハビリテーションを 20 分以上行った場合、入院した日から起算して 1 月に 限り、週3回を限度として算定することが認められています。しかし、入院早期の1月に ついては、身体合併症によるせん妄状態による暴力、暴言、徘徊などの認知機能の低下が 治療を困難にしていることが問題となっており、本来目的としている認知症の行動・心理 症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復に至らず、地域につなげることが十分にで きていない状況がみられます。

認知症患者リハビリテーション料において、リハビリテーション総合計画に基づき、入 院から3か月は訓練内容に応じて1単位または2単位を毎日実施できること、外来でも実 施できること、集団療法でのリハビリテーションができること、また、訓練場所について も、他の疾患別リハビリテーション同様、治療、訓練の専門施設外で実施できるよう充実 を希望します。

認知症患者リハビリテーションの現状

①身体機能の回復・維持に対する主な練習内容と

1回平均実施時間

÷	な練習内容	件数(%)	平均時間(分		
	Lの集団体操	80(58.4%)	41.0±21.8		
ROMexなど値	別身体機能練習	80(58.4%)	23.3±16.5		
運動耐久性練習	(有酸素運動を含む)	39(28.5%) 23.4±1			
10人未	第の集団体操	35(25.5%)	33.2±17.0		
軽	スポーツ	29(21.2%)	43.4±21.8		
	畑・園芸等の作業	1(0.7%)	30		
その他	散歩	3(2.2%)	40.0±17.3		

③ADLの維持・回復に対する主な練習内容と1回平均実施時間

主な練習内容	件数	平均時間(分)
基本動作(起居・歩行など)練習	79(57.7%)	23.5±16.0
病棟など実際場面でのADL練習	67(48.9%)	23.5±13.6
ADLの模擬練習	41(29.9%)	23.4±13.6
在宅でのADL練習	9(6.6%)	36.3±21.3

②精神機能の回復・維持に対する主な練習内容と1回平均実施時間

主な練習内容	件数	平均時間(分)
レク・軽スポーツなど	93(67.9%)	54.2 ± 23.9
計算ドリルなど認知機能練習	88(64.2%)	41.2±26.6
畑・園芸・手工芸などの作業	84(61.3%)	51.1±27.4
音楽などの芸術療法	83(60.6%)	58.4±27.6
認知行動療法・回想法・RO法など	70(51.0%)	40.8±23.6

④IADLの維持・回復に対する主な練習内容と1回平均実施時間

主な練習	件数	平均時間(分)
病棟など実際場面での練習	37(27.0%)	30.3±17.6
IADLの行為のパーツ練習	24(17.5%)	24.8±11.2
IADLの模擬練習	23(16.8%)	33.5±17.6
在宅での練習	3(2.2%)	43.3±15.3
就労を想定した模擬練習	8(5.8%)	41.4±25.4
就労作業の反復練習	7(8.0%)	41.7±28.6
就労先での実践練習	1(0.7%)	90.0

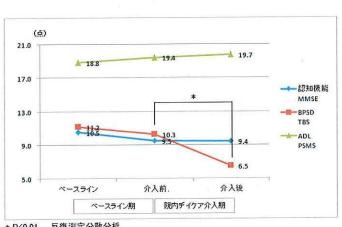
回答:認知症疾患医療センターに併設する医療機関の作業療法士137名

平成 28 年度老人保健健康増進等事業:認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究報告書より抜粋

認知症患者に対する集団療法の効果

認知症病棟の入院患者を対象とし、認知症に対する集団療法と して「院内デイケア」介入 2 か月を実施した。その結果、認知機能や ADL 能力は維持され、BPSD は有意に改善した。特に徘徊や対人 トラブルなどの行動障害の改善が著明であった。

菅沼一平, 上城憲司, 白石浩, 他:認知症高齢者のための認知症病棟におけ る「デイケア」の効果. OT ジャーナル 46(5): 535-540, 2012 c



* P<0.01 反復測定分散分析

I-4-(1). リハビリテーション実施計画書および目標設定等支援・管理シートに関する負担軽減の提案

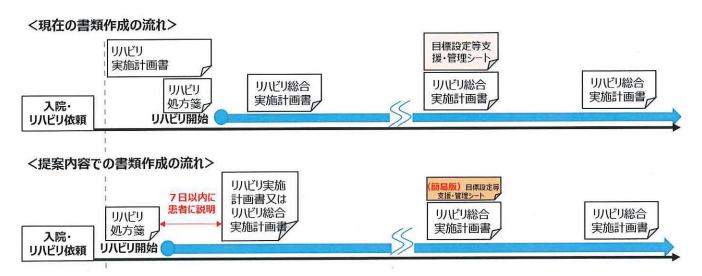
疾患別リハビリテーションの実施にあたり、医師はリハビリテーション開始時にリハビリテーション実施計画を作成し、患者に対して内容を説明し、診療録にその要点を記載する必要があります。早期リハビリテーションの実施が求められていますが、リハビリテーション実施計画書の作成と患者への説明および診療録への要点の記載は医師の負担が生じ、この手順が遅れるとリハビリテーション開始にも遅れが生じます。同じく開始時にリハビリテーション総合実施計画書のみを作成する場合には、作成を多職種協働で行う必要があり、リハビリテーション開始までのタイムラグが生じます。多くの施設では、疾患別リハビリテーションの開始の遅れを回避するため、リハビリテーション実施計画書を作成した後にリハビリテーション総合実施計画書を作成する手順で運用しており、医師に負担が生じている状況です。

また、目標設定等支援・管理シートは、リハビリテーション総合実施計画書と重複する 内容があることから、書類作成の負担および説明と記録の負担が生じています。

以上のことから、医師の負担を軽減するため、以下の提案をいたします。

く提案>

- 疾患別リハビリテーションの実施にあたり、医師はリハビリテーションを開始する際にリハビリテーション実施計画を作成し、リハビリテーション処方後7日以内に患者に対して説明を行うこととする(入院診療計画の作成・説明期間と同様とする)。
- 目標設定等支援・管理シートの内容をリハビリテーション実施計画書と重複しない簡易なシートとし、説明と記録の手順はリハビリテーション総合実施計画書と同じ手順とする。



I-4-(2). 外来リハビリテーション診療料における医師の 診察頻度およびリハビリテーションの進捗状況の把握 (カンファレンスと診療録への記載)の負担軽減の提案

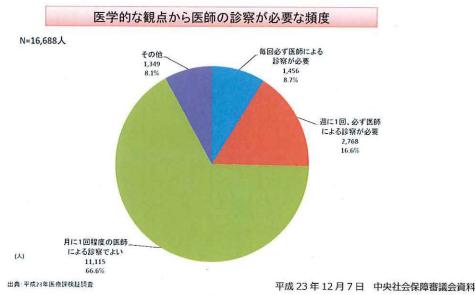
外来リハビリテーション診療料は、7日間または14日間に1回に限り算定することになっている一方で、在宅患者訪問リハビリテーション管理指導料においては1か月ごとの診察が要件になっています。訪問リハビリテーションの患者と比較して、状態像が良いと想定される通院可能な外来リハビリテーション患者も存在し、外来リハビリテーション患者においては月に1度程度の医師の診察頻度でよいと考えられるケースは66%存在しています。

また、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに提供したスタッフとカンファレンスを行い、リハビリテーションの効果や進捗状況等を確認して診療録に記載する必要がありますが、通常の診察と比較して医師の負担は軽いとは言えない状況です。

以上のことから、月に 1 度程度の診察頻度でよいと考えられる患者に柔軟に対応できる 体制を評価し、リハビリテーションの進捗状況の把握を在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料と同じ要件にすることを提案いたします。

く提案>

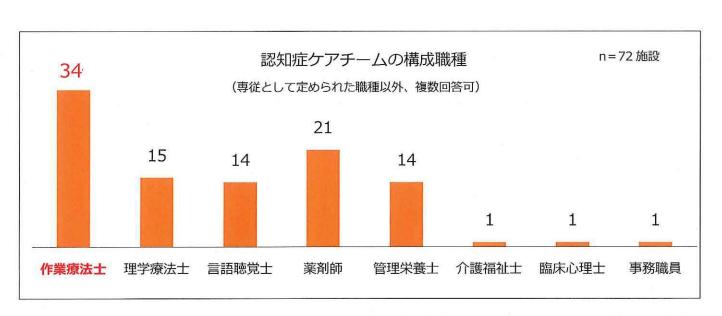
- 外来リハビリテーション診療料の要件に1か月に1回の診察頻度を追加する。
- 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料と同様に、医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載し、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録する。



Ⅱ - 1. 認知症ケア加算算定に関与する認知症ケアチームへの職名明記 (作業療法士)

新オレンジプランでは認知症のリハビリテーションについて、「実際に生活する場面を 念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしな がら、ADLやIADLの日常の生活を自立し継続できるよう推進する」と示されています。 作業療法士は、認知機能、身体機能の両方から対象者を評価し、その生活の維持改善に 働きかける専門職であり、認知症ケアチームへもすでに多く関わっています。

以上のことより、[通知] 第 26 の 6 認知症ケア加算 1 認知症ケア加算 1 の施設基準に示されている認知症ケアチームへ、「認知症患者の残存能力の評価及び ADL/IADL の指導について十分な経験を有する作業療法士」を専任の専門職として明記していただくことを要望します。



日本作業療法士協会 制度対策部 H28 年度身体障害班モニター調査より

Ⅱ - 1. 認知症ケア加算算定に関与する認知症ケアチームへの職名明記 (言語聴覚士)

認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への関与が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価です。

認知症ケア加算1、2ともに「症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。」と明記されています。

言語聴覚士は認知症および認知機能の低下した患者とのコミュニケーション方法や食事 摂取方法および環境設定などに関する情報を病棟看護師をはじめとする多職種に提供しな がら協働で円滑な病棟生活の実現に向けて対応しています。

以上のことから、認知症ケア加算[通知]第26の6「認知症ケア加算1の施設基準」における、「患者の状態に応じて参加することが望ましい職種」へ、言語聴覚士の職名追記を要望いたします。

認知症および認知機能低下患者への対応 コミュニケーション方法 食事の摂取方法 認知症および認知機能低下患者の状態について他職種への指導や情報共有 2. な. 3. なし、13、3% 4.実施して 無回答, 10, (n=479)無回答 いない、 44, 22, 5% 3.ほとんどで 20, 4% 9% きていない, 23, 5% 1. あり、413、86% 2. あり、444、93% 2.あまり実施 していない、 環境調整について BPSD の軽減について 102, 21% 無回答, 24.5% 無回答, 27, 6% 1.業務として 6. なし、75、16% 常に実施 324, 68% 5.なし、178 37% 4. あり 5. あり、380、79% 274. 57%

日本言語聴覚士協会 平成 28 年度 医療保険施設対象「概要・実態調査」より

認知症および認知機能低下患者の状態について他職種への指導や情報共有を業として常に実施している施設は324施設(68%)であった。内容として、コミュニケーション方法86%、食事の摂取方法93%、BPSDの軽減57%、環境調整79%の施設で実施されていた。

Ⅱ-2. 難病リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を職名追記

難病患者リハビリテーション料における施設基準には、「専従する2名以上の従事者(理 学療法士又は作業療法士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上)」と規定され言語聴 覚士は明記されていません。

しかし、難病患者リハビリテーションに規定する疾患(重症筋無力症、脊髄小脳変性症、ALS、モヤモヤ病など)では構音障害や摂食・嚥下障害を呈する場合が多く、言語聴覚療法の必要性は高いと判断できます。

以上のことから、難病患者リハビリテーション料における施設基準に言語聴覚士の職名 追記を要望いたします。

く提案>

難病患者リハビリテーション料の施設基準

ロ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する<u>専従の看護師、理学</u>療法士又は作業療法士が適切に配置されていること。(言語聴覚士の追加記載)

難病リハビリテーション料対象者における言語・嚥下障害

重症筋無力症の症状

- ・眼瞼下垂、複視等の眼症状
- ·四肢筋力低下
- · 発語· 構音障害
- 摂食嚥下障害
- · 呼吸筋麻痺

等

脊髄小脳変性症の症状

- 運動失調
- ・失調由来の構音障害
- · 摂食嚥下障害

等

ALSの症状

- 四肢筋力低下
- 構音障害
- · 摂食嚥下障害
- 呼吸障害

等

もやもや病の症状

- 上下肢麻痺
- 構音・発語障害
- けいれん発作
- ・感覚障害
- · 不随意運動

±

現在、難病リハビリテーション料算定のための施設基準に言語聴覚士は入っていない しかし、言語聴覚療法の必要性の高い疾病が含まれている

/m.	Ar 136-15		
(5)	紙様式	€0 €)

(案)リハビリテーション総合実施計画書「自立生活支援型」

								計画部	华価実施日	年 月 日
患者氏名		男•	女	(明·大·昭	•平) 4	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)			ロール状態 息,糖尿病等)	廃用症候 □起立性 □静脈血	低血圧	E 口中等度	€ □重度	リハビリテー	ション歴
日常生活自立月 介護保険 身体障害者手帕 キーパーソン	MEAL IN CHEST AT SECURITION SHOPE THE ANALYSIS FROM THE	美(1・2・3・	2 4·5)	認知症である老 リハビリテーション	人の日常生活ン歴・その他介	自立度判護サービ	定基準: スの利用料	I,IIa, 伏況歴	 	b, IV, M

		 課題有の場合 ☑ 評価項目・内容(コ	ロンの後に具体的内容を記入)
	意識障害(JCS、GCS)	:	コミュニケーション
	見当識障害	:	理解 □可能 □概ね可能 □一部可能 □困難
	記銘力障害	:	
	運動障害		
	感覚障害	:	: : : : : : : : : : : : : : : : : : :
1	摂食嚥下障害	:	方法 □ロ頭 □うなずき □筆談 □ジェスチャー □AAC
	排泄障害	:	: 1767 C 126 C 1727/7
身	呼吸、循環障害	*	
	かま マショアのかはつ (人物・ナットのたい)	:	対人関係
棳	音声、発話障害(特音障害)音声、発話障害(失語症)	:	□良好 □家族・友人などに限定 □困難
台	関節可動域制限	:	:
	筋力低下	:	食事
構	褥瘡	:	形態 □常食 □嚥下調整食 □経管栄養
造	疼痛	:	:
	半側空間無視	:	
	注意力障害	:	認知機能
	構成障害	: .	□HDS-R □:MMSE
	その他	:	
	その他	:	

					入院	前		T		現:	伏			1	
		アセスメント項目 (重要項目)	自立		部分介助	全介助	把	立	見	部	全介助	未把握	改善の 可能性	課題の重要性	
		寝返り		0	0	0	0	0	0		0				家族·介護者 □
II		起き上がり	0		0		0	а	0			0			- Secretary Control was
		座位	0		0			П		0	0	0			
			0		0	0	0	0		0	0	0			福祉用具 🗆
	動作	立位保持	0		0	0	0	0	0	0	0	0			
11	TF	床からの立ち上がり	0				0	0	0	0	0	0			8
11		床のものを拾う	. 0	0		0	0		0	0	0	0			住環境 □
1 1		移動能力(TUG、6分歩行)	0	0		0	0	0			0	0			
		食事	D			0	0	0	0		0	0			
1 1		イスとベッド間の移乗	0		0	0	0		0		0				自宅周辺 🗆
		整容	0		0		0	0		0		0			_
	A	トイン動作	0	0	0		0	0		0	0	0			
活	D	入浴	0			0	0	0		0	0	0			地域への社会参加 等 □
		平地歩行(車椅子駆動) 階段昇降	0	0	0	0	0	0	0		0	0			
動		更衣	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
1,		非便コントロール	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0			交通機関 □
5		排尿コントロール	-	0	0	0	0	-	0	0	0	0			
参	-	食事用意	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			 サービス □
		食事の片付け	-	0	0		0	0	0		0	0			1 - EX U
加		洗濯	0	0	0	0	0		-	0	0	0			
	- 1	掃除や整頓	0	0	0		0	0		0	0	-			その他 🗆
		力仕事	0	0	0	0	0		0		0	0			
		買い物	0		0	0	0	_			0	-	-		
		外出	0			0	0	0		0	0	-			活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析
		屋外歩行		П	0	0	0	0	0			0			11 別であれてが音を反は,味色の安西方が
1	生	趣味	0				0	0		0		0			n n
=		交通手段の利用		0	0	0	0			0	0	0			
	多)	旅行							0	О-		а			*
Į į	巾口	庭仕事					0		0	0		0			
	010	家や車の手入れ					0				0	0			
П	1	読書	0			0				0		0			*
	1	士事										0			
	J.	服薬管理						0				0			
4	_											0			
0			0	0											
化					0						0				â
l "				0				0							
							0	0			0				

Jスク・疾病(含:	適応·誤用)			*						
運動耐用能にお	ける負荷:	心臓リハロ 呼吸器)ハロ が/	い)ハロ その他口()			-	
アセスメントのま	とめ			9						
ハビリテーション	/の総合援助	方針								
by Shankey	03122								l e	
外泊訓練の	り計画	□ <i>bb</i> □	なし	***	× +a					
本. /	٨ . ا			患者・家族の	布坚					
家 放	疾									
			リハビリテ	ーション目標 (活動と参加					達成	までの期間
長期目: (退院後·転/	標 帚先後)		3					(2)		5. 7. 2941
予定転帰	先 .						•			
短期目標(医療機関	原 [内)									
実施·支援	期間	介入開始日			リハ	ビリテーショ	ン終了時期(目安)			•
退院先				目標	家庭	内の役割				
就 労	□現場復帰	□転職 □その他		H		文 章				
通機関利用						会活動 味				-
				介入内:	容			11		
	心身楊	能·構造			活動·	参加		看護·介護	:病棟介入	·生活指
	580000									
								環境調整等	:補装具、	福祉用具
			÷	-	2			[9]		
*									その他	
介護者の負担	主介護	者:□有 □無 ┃			-			1	1777-1	
・家族への説明		月. 日 びリハビリテーション総		本人サイ	ν		家族サイン	説明	者サイン	

生省老人保障福祉局長追知によるランク I , II a, II b, II a, II b, IV 又はMに該当するものであること。
3. 日常生活(病棟)実行状況:「している"活動"」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
4. 訓練時能力:「できる"活動"」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。