

様式5の5

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算  
及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算  
の施設基準に係る届出書添付書類

|       |   |
|-------|---|
| 届出病棟名 |   |
| 届出病床数 | 床 |

1-①. 入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出る場合）

| <input type="checkbox"/> 急性期一般入院基本料（ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料1・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料2・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料3・<br><input type="checkbox"/> 急性期一般入院料4・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料5・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料6） |    |      |  |      |                          |
|---|----|------|--|------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 7対1入院基本料（ <input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・ <input type="checkbox"/> 専門病院入院基本料）   |    |      |  |      |                          |
| <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料（ <input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・ <input type="checkbox"/> 専門病院入院基本料）  |    |      |  |      |                          |
| 職種  | 氏名 | 勤務時間 | 専従・専任  | 経験年数 | 研修受講                     |
| 医師  |    | 時間   |  | 年    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士  |    | 時間   | <input type="checkbox"/> 専従<br><input type="checkbox"/> 専任 |      |                          |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士  |    | 時間   | <input type="checkbox"/> 専従<br><input type="checkbox"/> 専任 |      |                          |
| <input type="checkbox"/> 管理栄養士  |    | 時間   | <input type="checkbox"/> 専任                                |      |                          |

1-②. 入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出る場合）

| <input type="checkbox"/> 地域包括医療病棟入院料 |    |      |      |                          |
|--------------------------------------|----|------|------|--------------------------|
| 職種                                   | 氏名 | 勤務時間 | 経験年数 | 研修受講                     |
| 医師                                   |    | 時間   | 年    | <input type="checkbox"/> |

2. プロセス・アウトカム評価

1) 早期リハビリテーション実施割合

|   |   |
|---|---|
| (①～⑨についての)算出期間（直近1年間もしくは3月間）<br>（ 年 月 日～ 年 月 日） |   |
| ① 当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数      | 名 |
| ② ①のうち、入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数  | 名 |
| ③ ②／①（8割以上）                                     | % |

## 2) 土日祝日リハビリテーション実施状況

|   |        |
|---|--------|
| ④ 当該病棟における平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数／平日における1日平均入院患者数     | 単位／日・人 |
| ⑤ 当該病棟における土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数／土日祝日における1日平均入院患者数 | 単位／日・人 |
| ⑥ ⑤／④ (8割以上)  | %      |

## 3) 患者のADL

|  |   |
|--|---|
| ⑦ 当該病棟を退院又は転棟した患者数(死亡退院及び終末期のがん患者を除く)  | 名 |
| ⑧ ⑦のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数 | 名 |
| ⑨ ⑧／⑦ (3%未満)                           | % |

## 4) 褥瘡の院内発生率

|  |   |
|--|---|
| ⑩ 調査日(届出時の直近月の初日)の当該病棟の入院患者数(調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める) | 名 |
| ⑪ 調査日に褥瘡(DSIGN-R2020 分類 d2以上)を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 | 名 |
| ⑫ ⑪／⑩ (2.5%未満)   | % |

※ ⑩の入院患者数が80人以下の場合は、⑪が2人以下であること。この場合、⑫は記載する必要はない。

※ ③、⑥、⑨及び⑫(⑩の入院患者数が80人以下の場合は⑪)いずれの要件も満たす必要がある。

## 3. 疾患別リハビリテーション及び入退院支援加算1の届出等

(地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出る場合は記載不要)

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 疾患別リハビリテーション料を届け出ている。                    |
| <input type="checkbox"/> 入退院支援加算1を届け出ている。                         |
| <input type="checkbox"/> B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会の年1回以上の開催 |

### [記載上の注意]

- には、適合する場合「✓」を記入のこと
- 医師、理学療法士等は当該保険医療機関に常勤配置であること。理学療法士等について、病棟に専従配置又は専任で配置するものについては該当する□に「✓」を記入のこと。管理栄養士は、専任として配置される病棟は、1名につき1病棟に限ること。
- 勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
- 早期リハビリテーション実施割合、土日祝日リハビリテーション実施状況及びADL評価の算出期間は直近1年間であるが、新規届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については該当しない。
- 医師はリハビリテーションに係る研修を受講した修了証の写し(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。