

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)

入院基本料 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) 1:急性期病院一般入院基本料 2:急性期一般入院基本料 3:特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。) 4:専門病院入院基本料 (7対1又は10対1入院基本料に限る)		1・2・3・4	
専従・専任の職員等	医師	氏名	
		勤務時間	時間
		経験年数	年
		研修受講 (いずれか1つを○で囲むこと)	受講済み・未受講
	専従の療法士等	氏名	
		職種 (いずれか1つを○で囲むこと)	1:理学療法士 2:作業療法士 3:言語聴覚士
		勤務時間	時間
	専従又は専任の療法士等	氏名	
		職種 (いずれか1つを○で囲むこと)	1:理学療法士 2:作業療法士 3:言語聴覚士
		勤務時間	時間
		専従・専任 (いずれか1つを○で囲むこと)	1:専従、2:専任
	専任の管理栄養士	氏名	
勤務時間		時間	

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)

入院基本料 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) 1:地域包括医療病棟入院料 2:地域包括ケア病棟入院料	1・2
--	-----

専従・専任の職員等	医師	氏名	
		勤務時間	時間
		経験年数	年
		研修受講 (いずれか1つを○で囲むこと)	受講済み ・ 未受講
	専任の管理栄養士 (地域包括ケア病棟の場合のみ記載すること)	氏名	
	勤務時間	時間	

※ 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。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。

2. プロセス・アウトカム評価

届出する加算の種類(いずれか1つを○で囲むこと) A:リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1 B:リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2 C:リハビリテーション・栄養・口腔連携加算1(地域包括医療病棟) D:リハビリテーション・栄養・口腔連携加算2(地域包括医療病棟) E:リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(地域包括ケア病棟) 以下の項目においては、上記の記号を用いてA~Eと表記する。		A・B・C ・D・E
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)		(年 月 日 ~ 年 月 日)
① (A~Dの場合)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 (Eの場合)当該病棟に入棟した全患者数		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 (AからDまでは8割以上、Eは6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 (A及びCは8割以上、B、D及びEは7割以上)		%
3) 患者のADL (Eを届け出る場合は記載不要)		
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 (A及びCは3%未満、B及びDは5%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 (AからEまで全てで2.5%未満)	%

※ ⑩の入院患者数が80人以下の場合、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⑪)いずれの要件も満たす必要がある。

※ 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。

3. その他の届出や研修等に係る施設基準

各項目について、いずれか1つを○で囲むこと。

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)及び運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)に係る届け出	既届出 ・ 今回届出 ・ 届出なし
入退院支援加算1の届出	既届出 ・ 今回届出 ・ 届出なし
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へ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体制	あり ・ なし
BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会の年1回以上の開催	開催あり ・ 開催なし

[添付書類]

○ 常勤の医師については、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。