心大血管疾患
リハビリテーションBOOK

Rehabilitation BOOK 2026-2027

1 心臓リハビリテーション…… 1
2 心肺運動負荷試験（CPX検査）……11
3 関連製品……16
4 施設基準と算定について……17
5 診療報酬……19
6 関連条文（算定・施設基準）……21

フクダ電子株式会社
〒113-8483 東京都文京区本郷3-39-4
本製品に関するお問い合わせは、下記アドレスかQRコードまたは
フクダグループ各営業所までお問い合わせください。
https://pages.fukuda.co.jp/medical.html

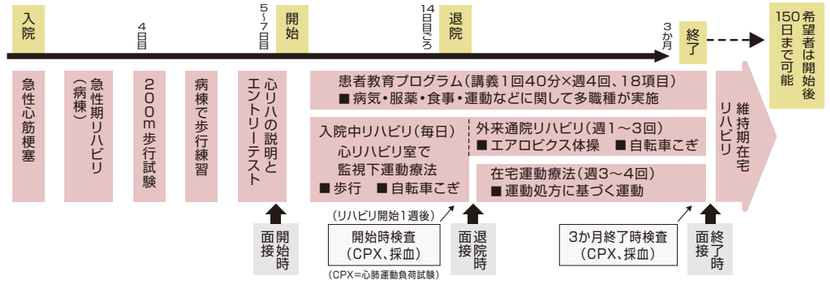
C1E4136CK Cat.No.26YS10Ⓚ

FUKUDA DENSHI

1 心臓リハビリテーション

1. リハビリテーションプログラム

急性心筋梗塞回復期心血管疾患リハビリテーションプログラム（国立循環器病研究センター）

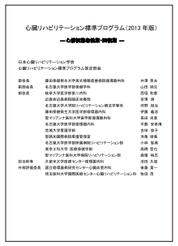


- 14日間クリニカルパス（表18）の第4日目に病棟で200m歩行負荷試験を施行し、合格なら5～7日目以降、心血管疾患リハビリテーションでの回復期リハビリテーションプログラムに参加する。
- 退院後は、外来通院型監視下運動療法と在宅運動療法を併用する。
- 開始1週間後および3か月後に、心肺運動負荷試験（CPX）および血液検査を施行し、運動耐容能および冠危険因子を評価し、運動処方を決定する。

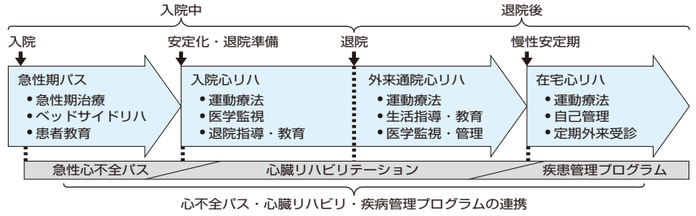
出典：心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）

心臓リハビリテーション標準プログラム 心筋梗塞 急性期・回復期（2013）

（日本心臓リハビリテーション学会）



心不全に対する心臓リハビリテーション：急性期から退院後慢性期までの流れ



心不全急性増悪により入院した患者に対して、急性期の心不全クリニカルパスから、入院中に開始される回復期心臓リハビリテーションプログラム、退院後の外来通院心臓リハビリテーション、慢性安定期の疾患管理までの流れを示す。急性期から慢性期までを切れ目なくつなぐ疾患管理システムとして、心臓リハビリテーションプログラムの役割が期待される。

出典：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）

心不全の心臓リハビリテーション標準プログラム（2017）

（日本心臓リハビリテーション学会）



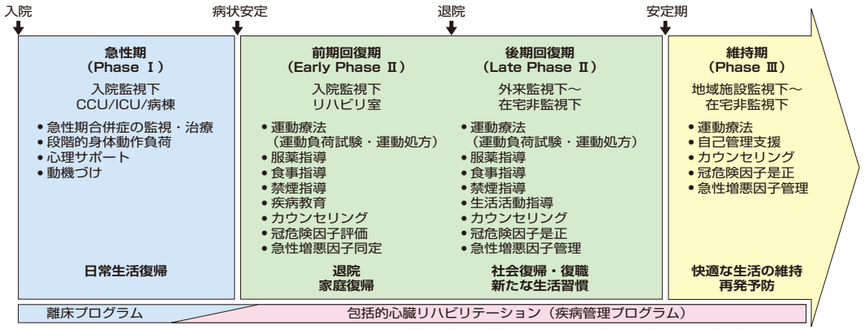


図. 2021年改訂版心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドラインから引用

急性冠症候群の心臓リハビリテーション標準プログラム（2023）

（日本心臓リハビリテーション学会）



この「急性冠症候群の心リハ標準プログラム」が適用される対象患者は、入院前の日常生活動作（ADL）が十分に自立していたACS患者で、運動療法の禁忌に該当しない症例である。本プログラムでは、入院後早期から急性期離床プログラムを開始して前期回復期、後期回復期、維持期に行う、ACSに対する心リハプログラムを時間軸（上図）に沿って記載した。

2. 実施要領



「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（2021年改訂版）に基づいて実施する。
専任の医師の指導管理の下で実施する。
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体制である必要がある。

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 http://www.jacr.jp/web/medical_personnel/guidline/

3. フクダ電子からの提案

心臓リハビリテーション専用モニタRH-2000は従事者をサポートする機能を搭載しており、患者だけでなくリハビリテーション従事者の方々にとっても快適な環境を提供します。

心臓リハビリテーション ＝ 一度に複数人に対して実施可能

1回に行う1人当りの担当患者数

患者の種別	入院患者	外来患者
医師	15人程度	20人程度
理学療法士、作業療法士及び看護師	5人程度	8人程度

その反面、実施する従事者の負担は増加します。
RH-2000は以下の機能を搭載しているため、リハビリテーションの効率化を図ることができ、より患者の状態に注視することが可能になります。



RH-2000公式キャラクター
「心リハくん」™

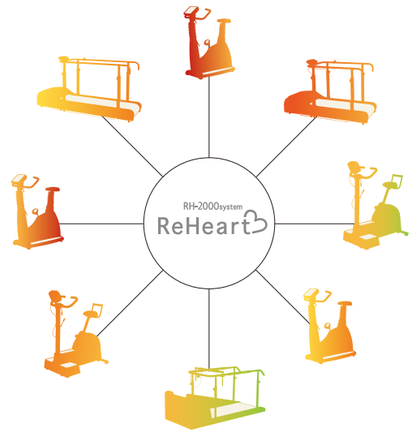
負荷装置（エルゴメータ・トレッドミル）集中管理機能

事前に負荷量を設定しておくことが可能です。患者毎に運動メニューを選択することでRH-2000が負荷装置の制御を行います。
また、前回に使用した運動メニューを記憶しているので、運動メニューの選び間違いを事前に防止します。

実施したリハビリデータを電子データ化

管理用ソフトウェアRH-2000DBをセットで使用することによってリハビリ中の心電図、心拍数、SpO_2、血圧、負荷量等を電子データとして保存することができます（RH-2000本体でも200件まで保存可能）。リハビリ中に生体情報をメモする必要がありません。保存したデータは自動でレポート化されます（最大2時間/1件分のデータ）。
リハビリ中の心電図全波形を後から参照することが可能です。

心リハ実施時の従事者数（RH-2000使用時の目安）
患者6名/1クールの場合　従事者2名
患者8人/1クールの場合　従事者3名



心臓リハビリ専用モニタ
RH-2000
（P3～4掲載）

RH-2000運用例のご紹介

問診・開始準備	病棟で使用しているモニタがフクダ電子製の場合、テレメータ（心電図送信機）の誘導コードをそのまま使用して、インプットボックスだけ装着することでモニタリングを行うことが可能です。
準備体操・ストレッチ	患者がリハビリ室に入室したらインプットボックスを装着します。入室後すぐにモニタリングを開始することで、有酸素運動以降のみでなく、有酸素運動前の生体情報を電子データとして保存することが可能です。
有酸素運動（20～30分）	あらかじめ設定した運動メニューを選択します。リハビリ開始都度、負荷装置の設定をする手間を省くことができます。運動中に変更したい場合は、変更操作をタブレットであるRH-2000上で行うことが可能であるため、従事者の移動距離を短縮します。
レジスタンストレーニング	ゴムチューブ、ダンベル等を用いたレジスタンストレーニングを行います。 RH-2000は特殊なフィルタを搭載しており、運動時でも綺麗な波形を収録することができます。
整理体操・ストレッチ	整理体操・ストレッチを実施し、リハビリ終了となります。 リハビリ中に発生した不整脈等はイベント情報としてレポート出力が可能です。

1 心臓リハビリテーション

4. 心臓リハビリテーションのレイアウト例と推奨機器

心電図モニター装置

施設基準(心電図モニター装置)

心臓運動負荷モニタリングシステム

RH-2000

医療機器認証番号:305ADBZX00042000
販売名:心臓リハビリテーションマネジメントRH-2000システム
管理医療機器　特定保守管理医療機器
電源:AC100V
寸法:315(W)×21.5(D)×205(H)mm(本体のみ)
質量:約1.6kg

心臓リハビリ専用モニタ



RH-2000system ReHeart

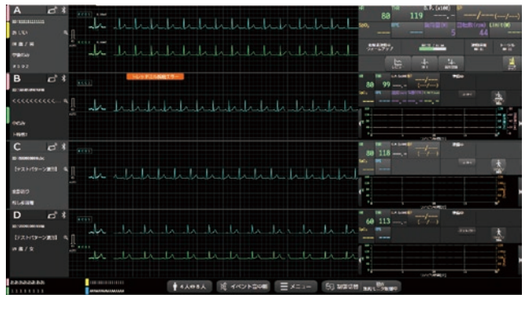




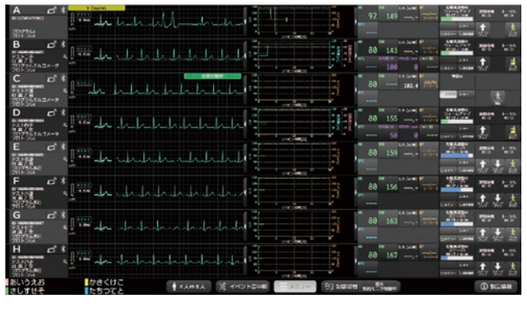
- タブレット本体で最大2人の心電図･心拍数、血圧、SpO_2、負荷量などを表示し、最大2台のエルゴメータまたはトレッドミルを制御
- ストレングスエルゴ5を無線接続で制御可能
- タブレットタイプのため、歩行リハやベッドサイドリハなどでも活躍
- 脂質異常症、高血圧、糖尿病などの危険因子をもつ患者を一目で区別できるカラータグ機能搭載
- 運動負荷用のドリフトフィルタ(MOSフィルタ)搭載
- 集約モニタを使用し、最大8名の生体情報を表示し、最大8台のエルゴメータまたはトレッドミルを制御できるモニタソフトも用意



4人表示



8人表示



運動中でもノイズを抑えた波形表示技術

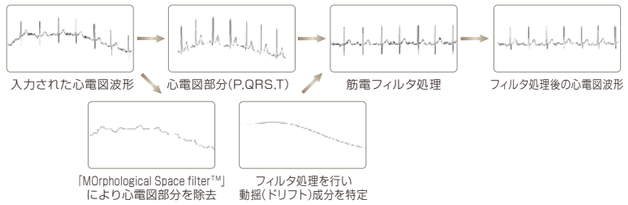
運動負荷用ドリフトフィルタ(MOSフィルタ) MOSfi

独自開発したドリフトフィルタMOrphological Space filterにより、運動中でもノイズを抑えた波形を表示します。

MOrphological Space filter™

「MOrphological Space filter™」とは

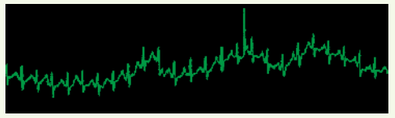
入力された心電図波形を「MOrphological Space filter™」により心電図部分(P波、QRS波、T波)を除去し、フィルタ処理を施すことにより基線の動揺(ドリフト)成分を特定します。特定できた動揺(ドリフト)成分を入力された心電図波形から除くことにより心電図波形にはひずみが出にくく、基線の補正を行うことができます。



※MOrphological Space filter™とは形態学的手法によるフィルタで、図形と図形の集合演算処理を利用したフィルタです。弊社の造語で一般名称ではありません。

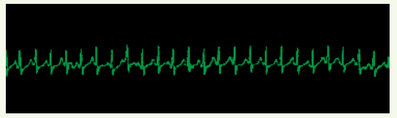
【実験】トレッドミル速度6km/hで歩行したときの同一被検者の同時刻の波形を比較

MOSフィルタ※非搭載の場合



※MOrphological Space filter™

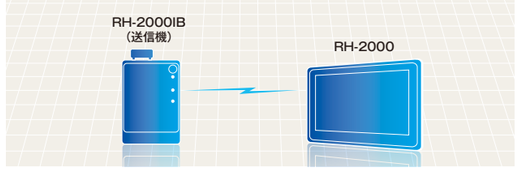
RH-2000(MOSフィルタ搭載)の場合



シンプル構成

本システムの最小構成です。インプットボックス(RH-2000IB)で計測した患者の生体情報を本装置に送信し、表示や解析が可能です。

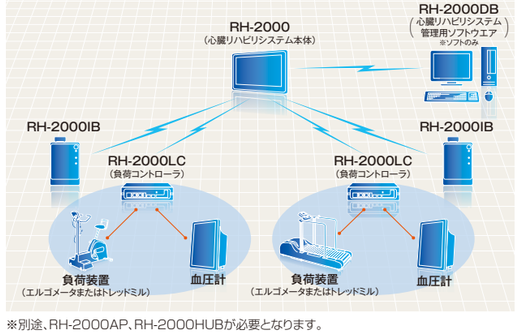
心電図 / SpO_2 / データ管理 / 負荷･血圧制御 / レポート / 集約モニタ



2人用の構成

エルゴメータやトレッドミルの負荷制御を行い、RH-2000とRH-2000LC(負荷コントローラ)の間は無線にも有線にもすることが可能です※。また、RH-2000DBでレポートの自動作成が可能です。

心電図 / SpO_2 / データ管理 / 負荷･血圧制御 / レポート / 集約モニタ

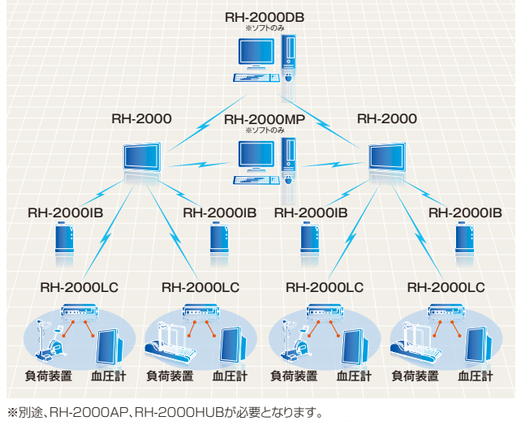


※別途、RH-2000AP、RH-2000HUBが必要となります。

4人用の構成

4人用の構成では、2人用の構成をワンセット追加(RH-2000AP･RH-2000DB･RH-2000HUBは除く)することで、4人まで患者の生体情報の表示やエルゴメータ及びトレッドミルの負荷制御、RH-2000DBでレポートの自動作成が可能です。また、RH-2000MPを追加することで、1つの画面で心臓リハビリテーションの状況モニタリング･負荷装置･血圧計の制御を行うことも可能です。

心電図 / SpO_2 / データ管理 / 負荷･血圧制御 / レポート / 集約モニタ



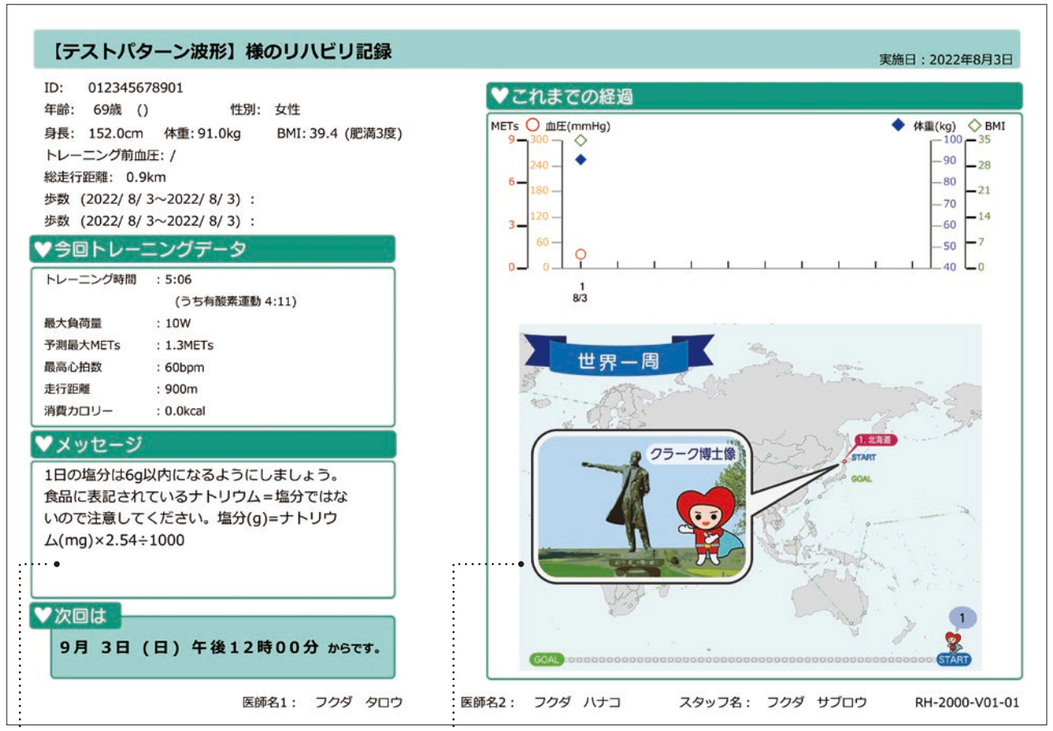
※別途、RH-2000AP、RH-2000HUBが必要となります。
※RH-2000を4台構成にすることで、最大8人まで患者情報をモニタリングすることができます。

1 心臓リハビリテーション

レポート例

患者向けレポート

心リハを継続するモチベーションになるような患者向けレポートを用意しました。



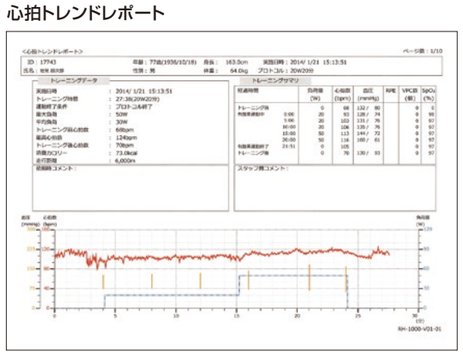
患者向けコメントを活用

患者への注意事項や励ましのコメントを入力できます。心リハの継続にお役立てください。

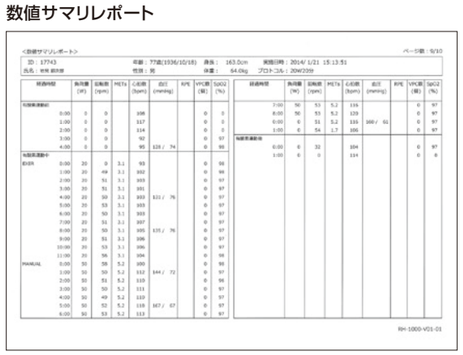
心リハくんと行く疑似旅行

RH-2000キャラクタの「心リハくん」3種類のレポートから選択でき、東海道五十三次、奥の細道や世界一周を旅します。どんな心リハくんに会えるかお楽しみに。

心拍トレンドレポート



数値サマリレポート



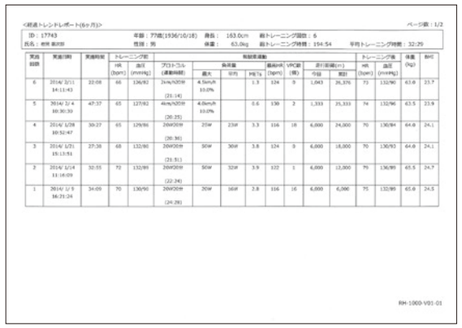
波形サマリレポート



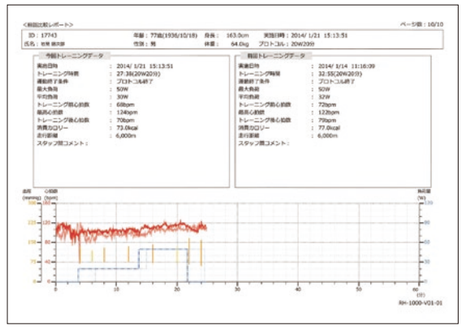
イベントレポート



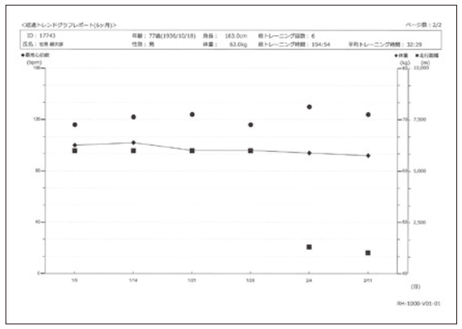
経過トレンドレポート（6ヶ月）



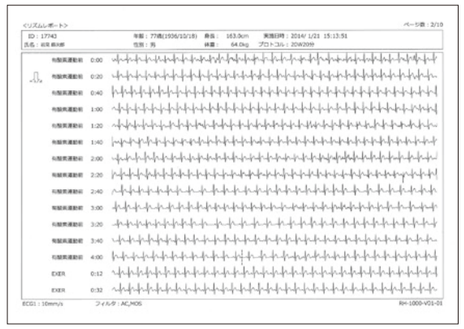
前回比較レポート



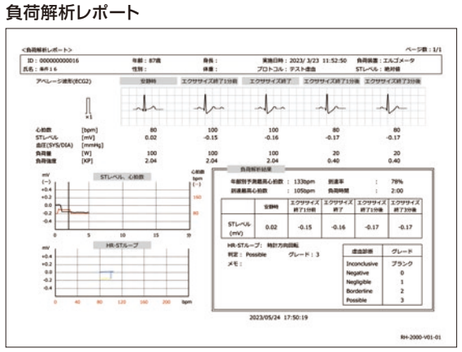
経過トレンドグラフレポート（6ヶ月）



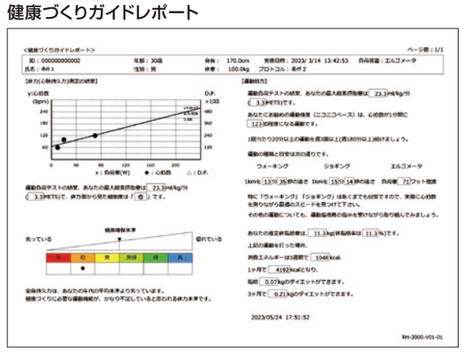
リズムレポート



負荷解析レポート

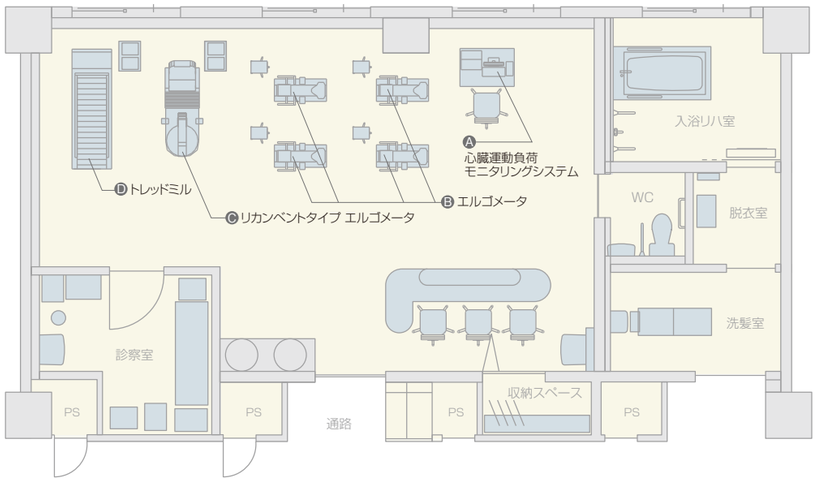


健康づくりガイドレポート



1 心臓リハビリテーション

心大血管疾患リハビリテーション室レイアウト例









協力：亀田総合病院

負荷装置

施設基準（トレッドミル・エルゴメータ）

体力のない患者にも優しく、そして正確に

運動負荷試験用エルゴメータ【漕ぎ始めの余計な負荷をなくしたスムーススタート】

ストレングスエルゴ8 V2

医療機器承認番号:21900BZX00988000
販売名:ストレングスエルゴ
管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:三菱電機エンジニアリング株式会社

従来のエルゴメータでは構造上、漕ぎ始めに80W～100Wの負荷がかかっており、高齢者などでは医療従事者がペダルをまわすなどのサポートが必要でした。スムーススタートは無駄な負荷をかけずに0Wから指定負荷までスムーズに上昇させることができる機能です。
UCLA（University of California, Los Angeles）では、肥満患者用CPXプロトコルとしてのマイナスワットのウオーミングアップを採用。

高齢者・低体力患者向け親切設計

フレキシブル電動サドル

患者が座った状態のままでサドルの高さ調整が可能になりました。
乗降り時の転倒の危険性を低減することができます。

ウォークスルー設計

ハンドルとサドルの間を大きくくぼますことで簡単に座ることができます。

アナログターゲットメータ

高齢者にも分かりやすいアナログの回転数メータを採用。
目標回転数の目安になります。



4つの負荷モードで患者ごとに適した運動療法を実現

ストレングスエルゴ5

300540050/300540054
（アップライト）
300540051/300540055
（リカンベント）

医療機器届出番号:23B2X10006500001
販売名:ストレングスエルゴ5
一般医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:三菱電機エンジニアリング株式会社

RH-2000と無線接続できるタイプも用意
サーボ制御により1Wから負荷可能

- アップライトは電動サドル装備
- リカンベントは筋力測定可能
- 4つの負荷モード
（定ワット/定トルク/等速度/定心拍）を搭載
- 負荷の自動キャリブレーションが可能
- AF患者用心拍モード搭載



▲300540050
300540054



▲300540051
300540055

リハビリにも適した低負荷対応エルゴメータ

ウェルバイク

BE-260

医療機器届出番号:33B1X1000500014
販売名:ウェルバイク BE-260
一般医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:オージー技研株式会社

低トルク負荷を実現した
スタンダードエルゴメータ

- 2N・mからの低負荷が可能
低体力者の負荷テストやリハビリにも
- 2段踏台一体型デザインで乗降りが安心の設計
- サドルには背もたれをつけ安全性を考慮



クッション性に優れた信頼のキャタピラトレッドミル

医用トレッドミル

MAT-3200/MAT-3700

医療機器認証番号:229AIBZX00009000
販売名:医用トレッドミル MAT-3200 MAT-3700
管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:酒井医療株式会社

- ソフトな感触で優れた衝撃吸収性。足首や膝にかかる負担を軽減
- キャタピラ駆動方式は、速度変動率が少ないため
速度を安定して維持することが可能
- 設置スペースに合わせて2サイズ用意
- トレッドミルランプ対応※
- 3種類の安全装置
①非常停止ボタン
②引き紐式マグネットスイッチ
③足はさみ防止用アンダーバー





※トレッドミルランプは、ストレステストシステム
ML-9000、MLX-1000で制御した場合に対応可能

乗り降り安全 低床トレッドミル

能動型展伸・屈伸回転運動装置

FLOW cpet

医療機器認証番号:303AIBZX00008000
販売名:フローシーペット
管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:旭光物産株式会社

- 床面より17cmのロー・ステップ・モデルで患者の
乗降り時の危険を低減
- トレッドミルランプ対応
（ストレスシステムMLX-1000で制御した場合に対応）
- プログラム・コントロール・ユニット（オプション）によって、
フローシーペット単体での使用（プログラム・モード /
マニュアル・モード）が可能



血圧計

施設基準（血圧計）

運動負荷・運動療法・心臓リハビリあらゆるシーンで使用可能

運動負荷用自動血圧計 視認性・操作性に優れた運動負荷用自動血圧計

FBX-1000

医療機器認証番号:305ADBZX00004000
販売名:運動負荷用自動血圧計　FBX-1000
管理医療機器　特定管理医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社

- 10.1インチ カラーLCDの静電容量方式タッチパネルを採用
- 昇圧測定方式により、被検者に優しい測定を実現
※オシロメトリック法での計測時のみ可能
- オシロメトリック法、リバロッチ・コロトコフ法の2種類計測に対応
※運動負荷時は、リバロッチ・コロトコフ法のみ使用可能



1 心臓リハビリテーション

除細動器

施設基準(除細動器)

除細動器
DYNAHEART
FC-6200シリーズ

医療機器承認番号:30300BZX00090000
販売名:ダイナハートFC-6200シリーズ
高度管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社

Live Up to Professions

- 2.5秒以内で電気ショックの充電が可能※
- AEDモードは(明らかな心電図信号の場合)最短3秒で電気ショックの適用/不要を解析
- 自動セルフテスト機能搭載

※新品バッテリ満充電、200J、20℃、体外用除細動パドル使用時、初回ショック時



AED(自動体外式除細動器)ダイナハートAED S1D
FA-S1D

医療機器承認番号:30700BZX00155000
販売名:FA-S1シリーズ
高度管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社

心電計のパイオニアが開発したAED

- 心電図表示への切り替え機能
- AED解析用に開発したアルゴリズム「MAJET」
- 操作に合わせ、音声とアニメーションによるガイダンス機能
- AEDの状態を遠隔チェックする「AEDガーディアンS」を搭載



パルスオキシメータ

パルスオキシメータ
Anypal Walk ATP-W03

医療機器認証番号:228ADBZX00008000
販売名:エニィパルウォーク ATP-W03
管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社

測定できないシーンOを目指したパルスオキシメータ

- 入浴中も測定可能　●用途に合わせた3つのモード
- METs測定機能搭載※
- 専用タブレット(オプション品)を使用することにより、スムーズな歩行試験を実施可能

※METsは測定歩数から算出された値



蛋白質分析装置

蛋白質分析装置
ラピッドピア　Ⅱ

医療機器届出番号:13B2X00163303001
販売名:ラピッドピア　Ⅱ
一般医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:積水メディカル株式会社

BNPを全血15分で測定

- 全血・血漿いずれの検体も前処理なしで測定
- 反応時間は約10～15分
- モノテストのためロスがでにくい
- 測定項目はBNP、Dダイマー、PCT、cTnI、H-FABP、fFN※

※採血管は測定項目により異なります。fFN検出には頸管膣分泌液を用います。



二相式気道陽圧ユニット

二相式気道陽圧ユニット
レスメドAirCurve™10 CS-A

医療機器承認番号:22900BZI00028A01
販売名:レスメドAirCurve 10 CS-A
高度管理医療機器　特定保守管理医療機器
選任製造販売業者:レスメド株式会社

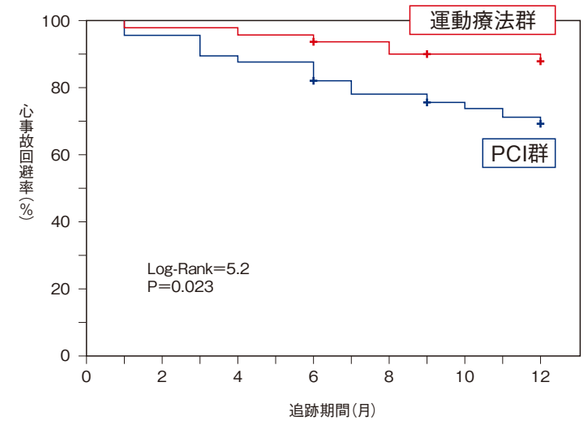
自発呼吸の減衰した患者の呼吸を補助するマスク式陽圧治療器

- 呼吸を素早く安定させるPacewaveアルゴリズム
- 独自の圧波形「オーシャンウェーブ」で患者の自然呼吸波形に近い快適な換気補助
- カラーLCD&日本語表示の見やすい画面。直観的な操作が可能
- 加温加湿機能搭載でさらに小型・軽量に　●在宅医療診療支援システム「f'Rens」対応



狭心症患者への効果

Hambrechtら[1]は安定狭心症患者101人を運動療法群とPCI群とに分け、12ヶ月間追跡したところ、虚血性心事故(心死亡、脳卒中、心肺停止、冠動脈バイパス術、PCI、不安定狭心症入院)回避率は運動療法群のほうがPCI群よりも良好であると報告している。



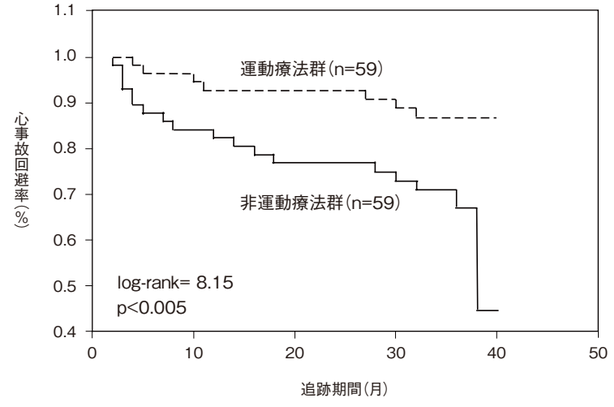
Patients at Risk

PTCA/Stent Group	50	41	35
Exercise Training Group	51	48	45

1) Hambrecht R, et al: Circulation, 2004, 109, 1371-1378

PCI患者への効果

PCI患者を運動療法群(59名)と非運動療法群(59名)とに無作為割付けし、運動群は運動療法を6ヵ月実施した。対象例の50%がAMI、69%がstent挿入患者であった。6ヵ月後の再狭窄率に差はなかったが、運動耐容能(PVO2)およびQOLは運動療法群で有意に良好であり、33ヵ月後までの心事故回避率(心死亡,AMI,PCI,CABG)および再入院回避率は運動群で有意に良好であったと報告している。



No. of patients at risk

Untrained	59	54	52	49	48
Trained	59	49	42	38	32

2) Berardinelli R, Paolini I, Cianci G, et al: Exercise training intervention after coronary angioplasty: the ETICA trial. J Am Coll Cardiol 2001; 37: 1891-1900

2 心肺運動負荷試験（CPX検査）

患者ごとに最適な運動療法を行うため、心肺運動負荷試験（CPX検査）によって求めるATポイントをベースとした処方が推奨されています。［心疾患における運動療法に関するガイドライン］

1. 心肺運動負荷試験（CPX検査）について

1 検査の目的



- 運動処方（ATレベル測定）　●心不全重症度判定
- 心血管イベント発生閾値の測定
- 運動耐容能、運動能力の評価（最高酸素摂取量）

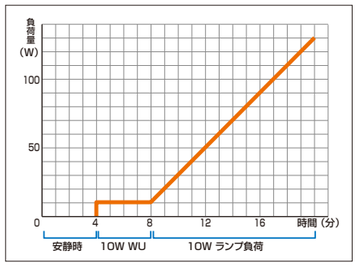
2 使用する機器

- 呼気ガス代謝モニタ　●運動負荷心電計
- エルゴメータ（トレッドミル）

3 プロトコル（エルゴメータ）

4分程度の安静、4分のウォーミングアップ後、10分前後で最高酸素摂取量peakに達するようなランプ負荷を行います。一般的には以下のようなプロトコルで実施しています。

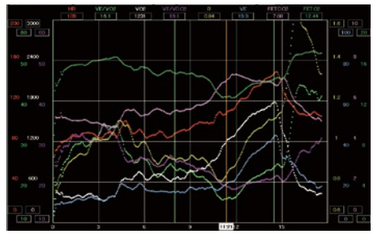
- 心疾患患者・高齢者　10watt/min
- 中年者　20watt/min
- 運動習慣のある人　30watt/min

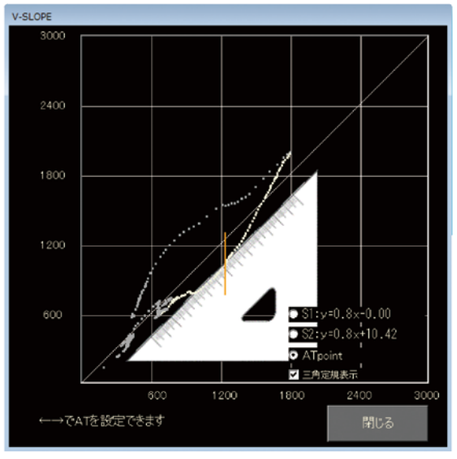


4 ATポイント決定方法

呼気ガス分析を行い、運動強度の増加に伴う各パラメータを検証します。主なATポイント決定の基準は以下の通りです。

- V̇-Slope法にてV̇O2-V̇CO2関係が45度以上に増加する点
- V̇CO2がV̇O2に比して増加開始する点
- V̇E/V̇CO2が増加せずにV̇E/V̇O2が増加開始する点
- ガス交換比（R）が増加開始する点
- ETCO2が増加せずに呼気終末酸素濃度（ETO2）が増加開始する点





5 ATポイントからの運動処方

求めたATポイントから心臓リハビリテーションの運動強度を設定します。ただし、自律神経が不安定な患者や運動機能に障害がある患者などでは状態を考慮して処方してください。

- ATポイントの心拍数
- ATポイント1分前の負荷強度（W、METS）（負荷に対する生体の応答時間を考慮して1分前の負荷強度を処方）

2. ATポイントとは

運動強度が増加していく過程で、有気的代謝に無気的代謝が加わり、乳酸産生が増加するポイントがあります。
この点は嫌気性代謝閾値(anaerobic threshold AT)とよばれます。
心疾患患者の運動耐容能は、運動療法により開始から3～6ヶ月後に11～66%向上し、耐容能の低い患者でより大きい効果が得られるとされますが、運動療法による改善は運動強度があまり低いと十分に得られない可能性があり、嫌気性代謝閾値（AT）程度の運動が望ましいです。

3. ATレベルでの運動療法の利点

より安全で効果の高い運動が行えます。

①交感神経活性が亢進される前の運動強度

交感神経活性が亢進されると、狭心症や不整脈が発症しやすくなります。また、血小板機能が活性化され、血栓ができやすくなります。ゆえに交感神経活性が亢進する前であるATレベル以下での運動は心筋梗塞、狭心症、不整脈などが発生しにくく、より安全な運動強度といえます。

②乳酸産生が亢進される前の運動強度

乳酸産生が亢進しないので疲労感が少なく長時間の運動が行えます。

4. 心肺運動負荷試験室レイアウト例と推奨機器

CPX検査室レイアウト例







協力：亀田総合病院

2 心肺運動負荷試験（CPX検査）

運動負荷試験装置

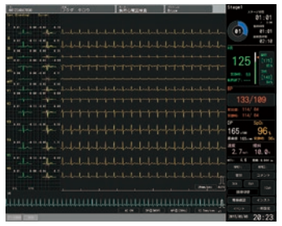
施設基準（運動負荷試験装置）

トレッドミルでランプ負荷を実現

心臓運動負荷モニタリングシステム

MLX-1000 Mulex

医療機器認証番号:227ADBZX00166000
販売名:MLX-1000システム
管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社





12誘導縦一列同位相表示

12誘導縦一列同位相表示が可能なため不整脈発生時に心電図波形を同位相で確認することが可能です。

視認性に優れたパラメータ表示

パラメータ別に色分け（HR⇒緑、血圧⇒橙、SpO_2⇒黄）がされているため、視認性がUP。各パラメータの監視を快適に行うことができます。

操作性向上の追求

操作順に配列された操作キー

キーが左から右へ操作順に配列がされているので順を追っての操作が可能です。また操作キーにはLEDを内蔵しており、現時点のフェーズと操作可能なキーが点灯します。操作に慣れていない方でもより分かりやすい操作アシスト機能を搭載しています。



タッチパネルによる操作が可能

19インチ大画面で視認性が向上したことに加え、タッチパネルに対応しました。従来のマウス操作に加えて、画面タッチによる操作が可能です。

運動時でも高品質な波形を提供

運動負荷用波形処理技術 MOSフィルタを搭載

MOSfi モスフィ Morphological Space filter

MOrphological Space filter™とは

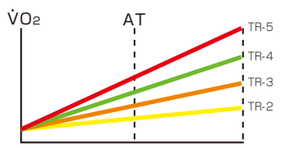
入力された心電図波形を「MOrphological Space filter™*」により心電図部分（P波、QRS波、T波）を除去し、フィルタ処理を施すことにより基線の動揺（ドリフト）成分を特定します。特定できた動揺（ドリフト）成分を入力された心電図波形から除くことにより心電図波形にはひずみが出にくく、基線の補正を行うことができます。

*MOrphological Space filter™とは形態学的手法によるフィルタで、図形と図形の集合演算処理を利用したフィルタです。弊社の造語で一般名称ではありません。
*詳細はP4参照ください

CPX検査で活躍

トレッドミルランププロトコル搭載

トレッドミルランププロトコルによりトレッドミルでもランプ負荷ができ、CPX検査に対応できるようになりました。ベルトスピード×勾配の絶妙な掛け合わせで、直線的に「酸素摂取量:$\dot{V}O_2$」を上昇させることができます。



TR-2:$\dot{V}O_2$が1分間に2mL/min/kgずつ増加…高齢者、心不全患者
TR-3:$\dot{V}O_2$が1分間に3mL/min/kgずつ増加…一般患者
TR-4:$\dot{V}O_2$が1分間に4mL/min/kgずつ増加…運動習慣がある高体力者
TR-5:$\dot{V}O_2$が1分間に5mL/min/kgずつ増加…アスリート

マイナス50Wからの負荷コントロール

ストレングスエルゴ8V2をマイナス50Wから完全にコントロールでき、患者の自重を含めた完全な0Wを実現できます。これにより超低体力患者のAT測定も可能になります。

呼気ガス装置と連携

心拍情報出力により各メーカーの呼気ガス装置と合わせて使用することができます。また、血圧値、検査開始・終了、ID番号などの連携※により、CPX検査をより簡便に実施できるようになりました。

※連携内容、必要なオプションなどは呼気ガス装置の種類によりますので詳しくはお問い合わせください。

心電計＋ストレスオプションで運動負荷試験にも対応

心電図検査装置 解析付

FCP-9800

医療機器認証番号:303ADBZX00038000
販売名:カーディマックス FCP-9800
管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社



無線インプットボックスを搭載（CIE-01B）

Bluetooth®接続による心電計とインプットボックスの無線接続が可能になりました。運動中の患者のそばでなく、画面が視認できる範囲に心電計を置きながら検査が可能になります。

運動負荷用波形処理技術　MOSフィルタを搭載

運動負荷専用機で定評のある「Morphological Space filter™」を採用することで、運動中のノイズ除去が大幅に改善されています。

呼気ガス代謝モニター

心電計と呼気ガス代謝モニターの操作を1つに
シンプル&スマートな検査環境を提供

肺運動負荷モニタリングシステム

Cpex-1F

医療機器認証番号:218AIBZX00070000
販売名:呼気ガス代謝モニター Cpex-1
管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:インターリハ株式会社



MLX-1000用オプションソフト

MLX-1000-CPX

※MLX-1000-CPXはインターリハ社製呼気ガス代謝モニターCpex-1Fとの連携ソフトです。

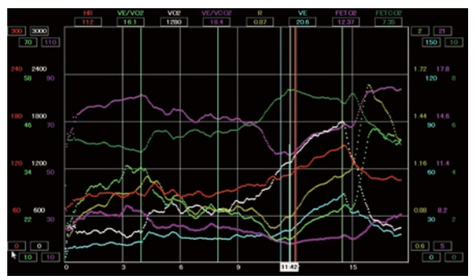
省スペース化を実現

- ディスプレイをMLX-1000に集約することで専有面積を削減
  従来構成よりもスマートな機器の据付けが可能になります。

操作系統を1つに統一

- 2台の操作系統を1つにマウス、キーボードを共有可能
  MLX-1000に接続されているマウス、キーボードで Cpex-1Fの操作が可能です。

- 検査開始/終了同期
  MLX-1000の検査開始ボタンを押下するとCpex-1Fで呼気ガスデータの測定が開始します。また、MLX-1000で検査終了ボタンを押下するとCpex-1Fで呼気ガスデータの測定が終了します。



V̇-Slope法:赤色、ETO_2法:緑色、V̇E-$\dot{V}O_2$法:水色

呼気ガス測定/解析画面

- AT·RC自動解析ソフトを内蔵
  AT·RC自動解析ソフトを内蔵しているため、簡便にATポイント、RCポイントを決定できます。手動での修正も可能です。
  ATポイントはV̇-Slope法、ETO_2法、V̇E-$\dot{V}O_2$法にて自動解析を行います。
  それぞれの方法で決められたATポイントは色分けされた状態でトレンドグラフ上に表示されます。

- 呼吸データをアナログ波形で表示
  フロー、O_2濃度、CO_2濃度のブレスバイブレス毎の変化をアナログ波形で表示可能です。患者の呼吸パターンが変わっていないかの判断に役立てることができます。

※RCポイント: 呼吸性代償開始点

2 心肺運動負荷試験（CPX検査）

OW負荷エルゴメータ

体力のない患者にも優しく、そして正確に

運動負荷試験用エルゴメータ
ストレングスエルゴ8 V2

医療機器承認番号:21900BZX00988000
販売名:ストレングスエルゴ
管理医療機器　特定保守管理医療機器
製造販売業者:三菱電機エンジニアリング株式会社

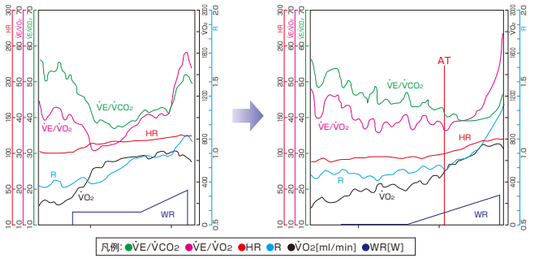
StrengthErgo8 V2 for Accurate Exercise Testing and Therapy

ATポイント決定を容易にするOW負荷

OW負荷によって従来のエルゴメータでは困難だった20W以下のATポイントの決定も容易に行なえるようになりました。

●20Wウォーミングアップ
＋10Wランプ

●0Wウォーミングアップ
＋10Wランプ



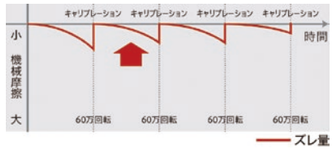
ATポイントは20W付近にあるので、20Wウォーミングアップ ではATポイントの決定は不可能。

0Wウォーミングアップが可能になったことで、ATポイントの決定が可能に。

より高い負荷精度を実現

キャリブレーション機能を搭載。機械摩擦により生じたズレを補正。

ペダルが60万回転を経過するたびに、キャリブレーションを促すアラートを画面に表示。



キャリブレーション操作を行うことで、常に高い負荷精度を維持することが可能です。



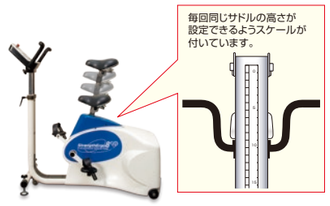


▶キャリブレーションは任意のタイミングでも実施可能

低体力患者向けの親切設計

●フレキシブル電動サドル

患者が座った状態のままでサドルの高さ調整が可能になりました。乗降り時の転倒の危険性を低減することができます。
また、CPX検査前に患者に余計な負荷をかけてしまうこともありません。



●ウォークスルー設計

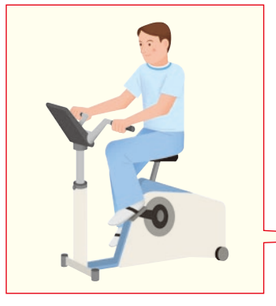
今までのエルゴメータは足を大きくまたがなければ座ることができず、大きな負担となっていました。
ストレングスエルゴ8 V2ではハンドルとサドルの間を大きくくぼますことで簡単に座ることができる設計になっています。



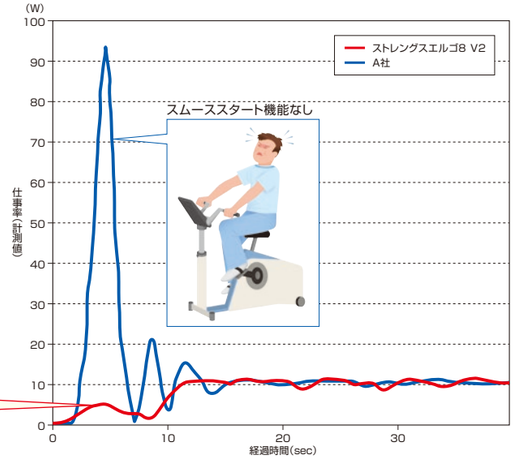
患者に無駄な負荷をかけないスムーススタート

従来、エルゴメータの漕ぎはじめには、渦電流方式の構造上、80W～100W相当の負荷がかかっており、高齢者や急性期リハビリ、またCPX検査のτon（V̇O2の立ち上がり時定数）の測定には、漕ぎはじめに検者がペダルを回すなどのサポートが必要でした。ストレングスエルゴ8 V2は、スムーススタート機能を搭載し、無駄な負荷をかけずに0Wから指定負荷までスムーズに上昇させることができます。

スムーススタート機能あり



●漕ぎ始めの重さ違い

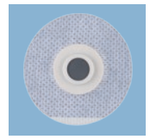


3 関連製品

推奨消耗品

ノイズが混入しにくいマグネットタイプ。

マグネローデ
TE-18M-5
直径:φ50mm　5個12袋入　1箱60個入
医療機器届出番号:13B1X00003000001
販売名:マグネローデ　TE-18
一般医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社



マグネローデ
TE-18M-3
直径:φ50mm、基材:不織布　3個20袋入　1箱60個入
医療機器届出番号:13B1X00003000001
販売名:マグネローデ　TE-18
一般医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社

※マグネローデを使用する場合は、専用の誘導コード（オプション）が必要です



運動負荷専用に設計。オフセット構造で激しい体動でも安定した波形が得られます。

クリアローデ
TEO-176DCR
寸法:Φ35㎜　1袋60個入
医療機器届出番号:13B1X00003S00110
販売名:クリアローデ　TEO-176
一般医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社





スマートベール
OJE-1000
容量50ml/本　電極1,250個分

●電極貼付前の皮膚ケア用ジェル。
●塗布した上から電極が貼付可能。
●アルコールフリー、シリコンフリー。



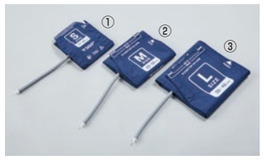
運動負荷用自動血圧計関連製品

STBP用血圧カフ成人用

①Sサイズ
CUF(S)-S(S1)
上腕周囲の適応範囲:170～220mm

②Mサイズ
CUF(S)-M(S1)
上腕周囲の適応範囲:220～320mm

③Lサイズ
CUF(S)-L(S1)
上腕周囲の適応範囲:320～420mm



ディスポーザブルカフ

①成人用(小)
CUF-D-ADU(S)
腕周:170～250mm
カフサイズ:113×440mm　カフ幅:110mm

②成人用(標準)
CUF-D-ADU(M)
腕周:230～330mm
カフサイズ:145×505mm
カフ幅:145mm

③成人用(大)
CUF-D-ADU(L)
腕周:310～400mm
カフサイズ:178×645mm　カフ幅:176mm



スカットカフタオル
OAS-15A

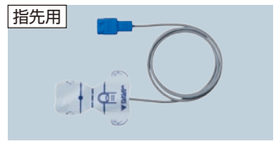


無線インプットボックス関連製品

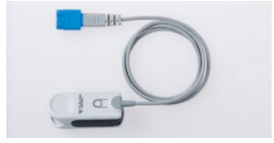
運動により汗をかくので単回使用センサをおすすめします。

SpO_2ディスポプローブI型
SPZ-02DA-0.9
ケーブル長:90cm　1箱20個入
医療機器届出番号:13B1X00003S00107
販売名:ディスポSpO_2プローブ　SPZ-
一般医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社
対応機種:RH-2000IB

指先用



SpO_2リユーザブル クリッププローブ(成人用)
SPZ-04RA-0.8
ケーブル長:80cm　1箱1個入
医療機器届出番号:13B1X00003S00108
販売名:リユーザブルSpO_2プローブ SPZ-04
一般医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社
対応機種:RH-2000IB



SpO_2ディスポプローブI型
SPZ-02DA-0.45
ケーブル長:45cm　1箱20個入
医療機器届出番号:13B1X00003S00107
販売名:ディスポSpO_2プローブ　SPZ-
一般医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社
対応機種:RH-2000IB

指先用



クリアリードII
CMT-01CTH-0.8D
医療機器届出番号:13B1X00003S00077
販売名:心電図用誘導リード クリアリードII CMT
一般医療機器
3電極(赤黄緑)
製造販売業者:フクダ電子株式会社
対応機種:RH-2000IB



SpO_2ディスポプローブL型
SPZ-01DAN-0.9
ケーブル長:90cm　1箱20個入
医療機器届出番号:13B1X00003S00107
販売名:ディスポSpO_2プローブ　SPZ-
一般医療機器
製造販売業者:フクダ電子株式会社
対応機種:RH-2000IB

指先用



クリアリードII
CMT-03CTH-0.8D
医療機器届出番号:13B1X00003S00077
販売名:心電図用誘導リード クリアリードII CMT
一般医療機器
5電極(赤黄緑黒白)
製造販売業者:フクダ電子株式会社
対応機種:RH-2000IB



4 施設基準と算定について

循環器内科または心臓血管外科を標榜※ ＋ 施設基準に適合 ▶ 地方厚生局事務所に届出 ▶ **認　定**

※施設基準(Ⅱ)の場合は標榜がなくてもよい

1. 施設基準(抜粋)

機能訓練室

(1)器械・器具

- **心電図モニター装置**……3 4 ページ参照
- **除細動器**……9 ページ参照
- **トレッドミル**または**エルゴメータ**……7 8 ページ参照
- **酸素供給装置**
- **血圧計**……8 ページ参照
- **救急カート**

※医療機関内にあれば良いもの

- **運動負荷試験装置**……13 14 ページ参照

(2)面積

病　　院	30m²以上	·内法による測定 ·心リハ実施時間帯以外の時間帯に他の用途に使用することは可能 ·それぞれの施設基準を満たせば他のリハビリを同一時間帯に行うことも可能 ·訓練実施時は、患者一人につき概ね3㎡以上の面積を確保する
診 療 所	20m²以上	

スタッフ

施設基準	医　師	理学療法士/看護師
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	(1)届出保険医療機関(循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、循環器内科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務している。この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有する。	(2)心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務している又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務している。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、これらの者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	(3)届出保険医療機関において、心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師(非常勤を含む。)及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務している。	(4)心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士又は看護師のいずれか1名以上が勤務している。兼任の取扱いについては第38の1の(2)と同様である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。
補足	(1)の専任の常勤医師について、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、この項において、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する非常勤医師に限る。	(2)心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務している又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務している。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、当該専従の者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えないが、第1章第2部入院料等において配置が求められている従事者(専任の者を除く)として従事することはできない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。

運用・体制

記　録	リハビリテーションに関する記録(医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
カンファレンス	定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
医療機関・連携する別の医療機関(循環器内科又は心臓血管外科を標榜)	緊急手術や緊急の血管造影を行うことができる体制が確保されていること。
	救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。
患者情報の提供	心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に対して、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等を文書により提供できる体制を整備している。

初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準	当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

2. 対象疾患

対象疾患		保険適用
冠動脈疾患	急性心筋梗塞*1	○
	狭心症	○
心不全	慢性心不全*2	○
心臓手術後	冠動脈バイパス術後	○
	TAVI(経カテーテル大動脈弁留置術)後	○
	弁膜症手術	○
不整脈、デバイス植込み後		○
植込型VAD(補助人工心臓)装着後		○
心臓移植後		○
肺高血圧症		○
大血管疾患*1	大動脈解離	○
	大血管術後	○
	ステントグラフト内挿術後	○
末梢動脈疾患*3		○

出典: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(2021)

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、経皮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、以下のいずれかの状態にあるもの
① 左室駆出率が40%以下
② 最高酸素摂取量が基準値80%以下
③ 脳性Na利尿ペプチド(BNP)が80pg/mL以上
④ 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)が300pg/mL以上
(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塞栓性肺高血圧症であって、WHO肺高血圧症機能分類がⅠからⅢ度までの状態のもの

3. 期間と標準的な実施時間、人数等

実施できる期　間

治療開始日から150日間を標準とします。

150日以降のリハビリ料は?

治療継続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
1. 心筋梗塞または狭心症の患者は、これまで通り算定できます。
2. 1以外の患者は1月当たり13単位(4時間20分)を限度として算定できます。

実施時間

	入院患者	外来患者
1日当たりの時間	1時間(3単位)程度	1時間(3単位)以上
1週当たりの頻度	毎日(5～7日)程度	3時間(9単位)程度

従事者の実施単位数

心リハと他の疾患別リハ、集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、**心リハに実際に従事した時間20分を1単位**とみなした上で、他の疾患別リハ等の実施単位数を足した値が従事者1人につき

1日18単位を標準(24単位上限)とし、週108単位までとする※

※医師の直接監視下に行われる心大血管疾患リハビリテーションについては適用されない

1回に行う1人当たりの担当患者数

	入院患者	外来患者
医師	15人程度	20人程度
理学療法士、作業療法士及び看護師	5人程度	8人程度

5 診療報酬

1. 心大血管疾患リハビリテーションの診療報酬

H000　心大血管疾患リハビリテーション料　1単位=20分

1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)
イ 理学療法士による場合 …205点　ハ 医師による場合 ……205点　ホ 集団療法による場合 …205点
ロ 作業療法士による場合 …205点　ニ 看護師による場合 …205点

2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)※
イ 理学療法士による場合 …125点　ハ 医師による場合 ……125点　ホ 集団療法による場合 …125点
ロ 作業療法士による場合 …125点　ニ 看護師による場合 …125点

早期リハビリテーション加算(1単位)　入院初日から3日目まで…60点　入院4日目から14日目まで…25点
・入院した日から起算して14日に限る
・他の保険医療機関から転院してきた患者については転院前の保健医療機関に入院した日を起算日とする

初期加算(1単位)…… 45点
・発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものからから起算して入院中の患者に対して14日の間に限る
・初期加算に関する施設基準を満たすこと
※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(手術した場合は手術後)1月以上経過したものに限る。

急性期リハビリテーション加算(1単位)…… 50点
・発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して入院中の患者に対して14日の間に限る
・急性期リハビリテーション加算に関する施設基準を満たすこと

新設 休日リハビリテーション加算(1単位)…… 25点
・入院中のものに対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日間又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日の間に限る

リハビリテーションデータ提出加算…… 50点

注1 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け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法又は集団療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、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場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。
注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に1単位につき60点(入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点)を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については転院前の保健医療機関に入院した日を起算日とする。
注3 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け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
注4 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け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(入院中のものに限る。)であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。
注5 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(告示4別表第9の4,p.667)であって入院中のものに対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日目までを限度として、**休日リハビリテーション加算(休り加)**として、1単位につき25点を所定点数に加算する。
注6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があって治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。
注7 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け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、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する。
注8 1及び2について、イからニまでにかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通知第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

H003-2　リハビリテーション総合計画評価料　※施設基準(Ⅰ)の施設のみ

リハビリテーション総合計画評価料1　初回の場合 ……300点　2回目以降の場合 ……240点
入院時訪問指導加算…… 150点

注1 1について、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)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、廃用症候群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(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(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、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若しく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又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、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1月に1回に限り算定する。
注3 当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患家等を訪問し、当該患者(区分番号A308に掲げる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限る。)の退院後の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、150点を所定点数に加算する。
※ 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、その内容について、医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士から患者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。ただし、A308回復期リハビリテーション病棟入院料又はA319特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定しているものについては、医師により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。なお、リハビリテーション総合実施計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は、診療録に記載する。また、患者等の署名は不要とする。

B006-3　退院時リハビリテーション指導料

退院時リハビリテーション指導料……300点

注 患者の退院時に、当該患者(当該保険医療機関での入院中に、A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、A301の注4早期離床・リハビリテーション加算、A301-2の注3早期離床・リハビリテーション加算、A301-3の注3早期離床・リハビリテーション加算、A301-4の注3早期離床・リハビリテーション加算、A304の注1リハビリテーション・栄養・口腔連携加算又は第7部リハビリテーションの第1節の各区分のいずれかを算定したものに限る。)又はその家族等に対し、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について、必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、B005退院時共同指導料2(注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る)は、別に算定できない。

A301　特定集中治療室管理料

早期離床・リハビリテーション加算……500点

注4 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け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001−2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及びH007−2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

新設 B001-10　心不全再入院予防継続管理料

1 心不全再入院予防継続管理料1……1,000点
2 心不全再入院予防継続管理料2　イ 6回目まで……700点　ロ 7回目以降……225点
3 心不全再入院予防継続管理料3　イ 6回目まで……400点　ロ 7回目以降……225点

注1 1については、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
注2 2については、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け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、1を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
注3 3については、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け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、1を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。

2. 心肺運動負荷試験(CPX検査)の診療報酬

D211

トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメータによる心肺機能検査……1,600点
連続呼気ガス分析加算……520点

注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。
注2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査又は区分番号D208に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。
注3 運動療法における運動処方の作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。

6 関連条文(算定・施設基準)

1. リハビリテーション料(算定の詳細)

通則

1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数により算定する。

2 リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。

3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なものの費用は、同節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。

4 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又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、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であって、患者1人につき1日6単位(別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位)に限り算定できるものとする。

5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118−2に掲げる矯正固定、区分番号J118−3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119−2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119−3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119−4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、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、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

6 区分番号B001の17に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った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又は呼吸器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に係る費用は、算定しない。

7 リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。

※疾患別リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。当該実施単位数は、疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数をあわせた単位数である。ただし、1日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。なお、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを集団療法により実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

(1) 心大血管疾患リハビリテーション料は、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において算定するものであり、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に算定する。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(日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン)」に基づいて実施する。

(2) 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、特掲診療料の施設基準等別表第9の4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、以下のいずれかの状態にあるもの
①左室駆出率40%以下
②最高酸素摂取量が基準値80%以下
③脳性Na利尿ペプチド(BNP)が80pg/mL以上
④脳性Na利尿ペプチド前駆体Nフラグメント(NT−proBNP)が300pg/mL以上

(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塞栓性肺高血圧症であって、WHO肺高血圧症機能分類がⅠからⅢ度までの状態のもの

(3) 心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、1回1時間(3単位)程度とするが、入院中の患者以外の患者については、1日当たり1時間(3単位)以上、1週3時間(9単位)を標準とする。

(4) 心大血管疾患リハビリテーションは、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書を作成し、診療録に記載又は添付する。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する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。

(5) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、同一日に行われるD208心電図検査、D209負荷心電図検査及びD220呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープの費用が含まれる。

(6) 標準的算定日数を超えた患者については、「注6」に規定するとおり、1月に13単位に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、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。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第9の8に掲げる患者であって、別表第9の9に掲げる場合については、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。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第9の8第1号に規定する「その他別表第9の4から別表第9の7まで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もの」とは、別表第9の4から別表第9の7までに規定する患者であって、リハビリテーション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認められる者をいう。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第9の8に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものである。

(7) 「注2」に規定する早期リハビリテーション加算は、当該施設における心大血管疾患に対する入院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、訓練室以外の病棟等(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。特掲診療料の施設基準等別表第9の4第2号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注2」に規定する加算は算定できない。

(8) 「注3」に規定する初期加算は、当該施設における心大血管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「注2」に規定する加算と別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第9の4第2号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注3」に規定する加算は算定できない。

(9) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後、重症患者に対するより早期からの急性期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「注2」及び「注3」に規定する加算と別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第9の4第2号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注4」に規定する加算は算定できない。

(10) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表9の10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う。

ア 相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者とは、ADLの評価であるBIが10点以下のもの

イ 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とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」におけるランクM以上に該当するもの

ウ 特別な管理を要する処置等を実施している患者とは、以下に示す処置等が実施されているもの
① 動脈圧測定(動脈ライン)
② シリンジポンプの管理
③ 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)
④ 人工呼吸器の管理
⑤ 輸血や血液製剤の管理
⑥ 特殊な治療法等
(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)

エ 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とは、A209特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑うもの。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。なお、「注4」に規定する加算を算定するに当たって、当該患者に対してA209特定感染症入院医療管理加算を算定している必要はない。

(11) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、算定の根拠となった要件(前項に掲げるアからエまでのいずれか)を日毎に記載する。

(12) 「注5」に規定する休日リハビリテーション加算は、当該施設における心大血管疾患に対する発症、手術又は急性増悪後切れ目のない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休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」、「注3」及び「注4」に規定する加算とは別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第9の4第2号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注5」に規定する加算は算定できない。

(13) 「注6」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下である。

(14) 訓練を実施する場合、患者一人につき概ね3㎡以上の面積を確保する。

(15) 「注7」に規定するリハビリテーションデータ提出加算を算定する場合には、次の点に留意する。

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る。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集計し、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。

イ 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、心大血管疾患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。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、外来医療等調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合(提出時刻が確認できない手段等、外来医療等調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む)、提出されたデータが外来医療等調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合(データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む)をいう。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 イの「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。

(16) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成した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等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供する。

(17) 「注8」に規定する特定の患者とは、個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、以下のいずれにも該当しないものをいう。

ア A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料及びH000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料並びにH003呼吸器リハビリテーション料の「注2」、「注3」及び「注4」に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者。

イ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。

ウ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(18) 「注8」に規定する特定の患者に対して、離床を伴わずに20分以上の個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。なお、患者1人につき1日2単位までに限る。

6 関連条文(算定・施設基準)

2. リハビリテーション料(施設基準の詳細)

施設基準

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(I)

1　心大血管疾患リハビリテーション料(I)に関する施設基準

(1)届出保険医療機関(循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、循環器内科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務している。この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有する。

(2)心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務している又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務している。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、当該専従の者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えないが、第1章第2部入院料等において配置が求められている従事者(専任の者を除く)として従事することはできない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。

(3)専用の機能訓練室(少なくとも、病院については、内法による測定で30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で20平方メートル以上)を有している。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のものとして備える必要がある。

(4)平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5)専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えている。また、当該保険医療機関内に運動負荷試験装置を備えている。

ア　酸素供給装置　　イ　除細動器　　ウ　心電図モニター装置　　エ　トレッドミル又はエルゴメータ　　オ　血圧計　　カ　救急カート

(6)リハビリテーションに関する記録(医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能である。

(7)定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されている。

(8)届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関(循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されている。

(9)届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できる。

(10)心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に対して、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等を文書により提供できる体制を整備している。

(11)(1)の専任の常勤医師について、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、この項において、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する非常勤医師に限る。

(12)(2)の専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師について、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専従の非常勤看護師をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、この項において、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する理学療法士又は看護師であって、それぞれ常勤配置のうち1名までに限る。

2　初期加算および急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されている。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

(1)外来医療等調査に適切に参加できる体制を有する。また、厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず1名指定する。
(2)外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出する。
(3)診療記録(過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等)の全てが保管・管理されている。
(4)診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。
(5)診療記録の保管・管理のための規定が明文化されている。
(6)患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされている。
(7)保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

(1)データの提出を希望する保険医療機関は、令和8年5月20日、8月20日、11月20日、令和9年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和10年2月21日までに別添2の様式7の10について、地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出する。
(2)(1)の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出する。
(3)試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を3の(1)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、リハビリテーションデータ提出加算の届出を行うことが可能となる。

5　届出に関する事項

(1)心大血管疾患リハビリテーション料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式41を用いる。
(2)当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士及び看護師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等について別添2の様式44の2を用いて提出する。
(3)当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付する。
(4)リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添2の様式7の11を用いる。
(5)各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できない。
(6)データ提出を取りやめる場合、4の(2)の基準を満たさなくなった場合及び(5)に該当した場合については、別添2の様式7の12を提出する。
(7)(6)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、4の(1)の手続きより開始する。

第39 心大血管疾患リハビリテーション料(II)

1　心大血管疾患リハビリテーション料(II)に関する施設基準

(1)届出保険医療機関において、心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師(非常勤を含む。)及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務している。

(2)心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士又は看護師のいずれか1名以上が勤務している。兼任等の取扱いについては第38の1の(2)と同様である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。

(3)第38の1の(3)から(10)までを満たしていること。

2　初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の2と同様である。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の3と同様である。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算の要件については、第38の4と同様である。

5　届出に関する事項

当該加算の要件については、第38の5(届出に関する事項)と同様である。

6 関連条文（算定・施設基準）

2. リハビリテーション料（施設基準の詳細）

心不全再入院予防継続管理料の施設基準

（1）心不全の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（2）当該体制において、心不全の診療を担当する医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士が適切に配置されていること。
（3）注1に規定する病棟については、一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料〔特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）又は専門病院入院基本料に限る〕に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

1　心不全再入院予防継続管理料1及び2に関する施設基準

（1）一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料〔特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）又は専門病院入院基本料に限る〕に係る届出を行っている保険医療機関の病棟である。
（2）当該保険医療機関内に、以下から構成される心不全再入院予防チームが設置されている。
　ア　心不全治療の経験を5年以上有する専任の医師
　イ　心不全指導の経験を3年以上有する専任の看護師又は保健師
　ウ　心不全指導の経験を3年以上有する専任の管理栄養士
（3）（2）に規定する心不全再入院予防チームに所属する（2）のアからウの者のいずれかは、心不全の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましい。
（4）（2）のアからウまでに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士は常勤である。また、常勤の薬剤師及び理学療法士が当該医療機関に配置されている。
（5）心大血管疾患リハビリテーション料に関する届出を行っている保険医療機関である。
（6）当該保険医療機関内において、関係学会により示されているガイドラインを参照した上で、院内職員を対象とした「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」について研修会を年に1回以上実施する。
（7）当該保険医療機関が所在する地域において、心不全再入院予防継続管理料3を算定する保険医療機関等を対象とし、関係学会より示されているガイドラインを参照した上で「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」について研修会を年に1回以上実施する。
（8）心不全再入院予防継続管理料3を算定する保険医療機関の求めに応じて、栄養食事指導を行うことが望ましい。

memo