

リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査

施設調査票（共通票）

問1. 貴院の施設区分についてお伺いします。種別、開設主体それぞれについて、あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

種別	1 病院	2 診療所 (有床)	3 診療所 (無床)
開設主体	1 厚生労働省	2 独立行政法人国立病院機構	
	3 国立大学法人	4 独立行政法人労働者健康福祉機構	
	5 その他		
	6 都道府県	7 市町村	8 日赤 9 済生会
	10 北海道社会事業協会	11 厚生連	
12 国民健康保険団体連合会			
公的医療機関	13 全国社会保険協会連合会	14 厚生年金事業振興団	
	15 船員保険会	16 健康保険組合及びその連合会	
	17 共済組合及びその連合会	18 国民健康保険組合	
	19 公益法人	20 医療法人	21 学校法人
社会保険関係団体	22 社会福祉法人	23 医療生協	24 会社
	25 その他の法人	26 個人	
	医療法人		
個人			
その他			

問2. 貴院の許可病床数等についてお伺いします。数字でお答えください。また、選択肢がある設問についてはあてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

一般病床数 (無床の場合は0とご記入ください)	_____床	
療養病床数 (無床の場合は0とご記入ください)	医療保険の適用を受ける療養病床数 _____床	
	介護保険の適用を受ける療養病床数 _____床	
その他の病床数 (精神、結核、感染症病床) (無床の場合は0とご記入ください)	_____床	
リハビリテーション科標榜の有無	1 無 ・ 2 有	
リハビリテーション専門医数 (0人の場合、0とご記入ください)	_____人	
回復期リハビリテーション病棟入院料の届出の有無	1 無 ・ 2 有 ⇒ (病床数 _____床)	
亜急性期入院医療管理料の届出の有無	1 無 ・ 2 有 ⇒ (病床数 _____床)	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出の有無	1 無 ・ 2 有 ⇒ (病床数 _____床)	
主に、どの段階のリハビリテーション医療を担っていますか	1 急性期中心	2 回復期中心
	3 維持期中心	4 いずれともいえない

(⇒問3へお進みください。)

問3. 貴院で改定前(平成18年3月以前)に届け出ている施設基準について、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1 総合リハビリテーション施設	以下のどれにあてはまりますか。(1つに○)
...	1 総合リハビリテーション施設 A 2 総合リハビリテーション施設 B
2 心疾患リハビリテーション	
3 理学療法又は老人理学療法	以下のどれにあてはまりますか。(1つに○)
...	1 理学療法(Ⅱ) 2 理学療法(Ⅲ) 3 理学療法(Ⅳ)
4 作業療法又は老人作業療法	以下のどれにあてはまりますか。(1つに○)
...	1 作業療法(Ⅱ) 2 作業療法(Ⅲ) 3 作業療法(Ⅳ)
5 言語聴覚療法	以下のどれにあてはまりますか。(1つに○)
...	1 言語聴覚療法(Ⅰ) 2 言語聴覚療法(Ⅱ) 3 言語聴覚療法(Ⅲ)
6 難病患者リハビリテーション料	

問4. 貴院で改定前(平成18年3月以前)に実施していた疾患別リハビリテーションについて、あてはまる番号を全て○で囲み、患者さんの構成割合をおおよその数字でお答えください。

実施していた疾患別リハビリテーション	リハビリテーションを実施している 全患者さんに占める割合
1 心大血管疾患リハビリテーション相当 ⇒	_____%
2 脳血管疾患等リハビリテーション相当 ⇒	_____%
3 運動器リハビリテーション相当 ⇒	_____%
4 呼吸器リハビリテーション相当 ⇒	_____%

問5. 貴院で現在届け出ているリハビリテーション施設基準について、あてはまる番号を全て○で囲み、届出時期を数字でお答えください。

現在届け出ているリハビリテーション施設基準	届出時期
1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	(平成) _____年 _____月
2 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	(平成) _____年 _____月
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	(平成) _____年 _____月
3' ⇒ 言語療法のみを行う	(平成) _____年 _____月
4 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	(平成) _____年 _____月
5 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	(平成) _____年 _____月
6 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	(平成) _____年 _____月
7 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	(平成) _____年 _____月
8 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	(平成) _____年 _____月
9 回復期リハビリテーション病棟入院料	(平成) _____年 _____月
10 難病患者リハビリテーション料	(平成) _____年 _____月
11 障害児(者)リハビリテーション料	(平成) _____年 _____月

(⇒問6へお進みください。)

問6. 患者さんの概況(1)

問6-1. 貴院における患者さんの概況について数字でお答えください。

(無床診療所の場合には、外来のみ記入してください。)

項目	入院	外来
平成 18 年 11 月 1 ヶ月間における 1 日平均患者数	_____人	_____人
平成 18 年 11 月 1 ヶ月間における 実患者数 (レセプト件数)	_____人	_____人

問6-2. リハビリテーション料を算定している患者さんの概況について数字でお答えください。

(無床診療所の場合には、外来のみ記入してください。)

	1 日平均患者数		1 ヶ月あたり実患者数 (レセプト件数)		1 ヶ月あたり 算定終了実患者数	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来
平成 18 年 3 月 ↓【改定前】	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
↓【改定後】 4 月	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
5 月	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
6 月	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
7 月	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
8 月	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
9 月	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
10 月	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
11 月	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人

問6-3. 外来において、消炎鎮痛等処置を算定している患者さんの1日平均患者数について、数字でお答えください。(該当する患者さんがいない場合には0(ゼロ)と記入してください。)

消炎鎮痛等処置を算定している1日平均患者数	_____人
-----------------------	--------

(⇒問7 へお進みください。)

問7. 患者さんの概況(2)

問7-1. 疾患別リハビリテーション料を算定している患者さんについて、数字でお答えください。

(該当する患者さんがいない場合には0(ゼロ)と記入してください。)

項目	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	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
平成 18 年 11 月 1 ヶ月間における リハビリテーション料を算定 している1日平均患者数	_____人	_____人	_____人	_____人
11月1ヶ月間のうちにリハビリ テーション料の算定を終了した 患者数	_____人	_____人	_____人	_____人
うち算定日数上限前に終了	_____人	_____人	_____人	_____人
うち算定日数上限の除外対象疾 患に該当しなかったため、算定日 数の上限をもって終了	_____人	_____人	_____人	_____人
うち算定日数上限の除外対象疾 患に該当し、算定日数上限後に終 了	_____人	_____人	_____人	_____人
11月1ヶ月間におけるリハビリ テーション料算定患者のうち、 12月以降も算定可能な患者数	_____人	_____人	_____人	_____人
うち算定日数上限除外対象疾患 に該当し、算定日数上限後も継続	_____人	_____人	_____人	_____人
うち急性増悪や新たな疾患の発 症により、算定日数の起算日が変 更	_____人	_____人	_____人	_____人

問7-2. 疾患別リハビリテーション料の算定日数上限後、リハビリテーション料を算定せず、診療を継続している患者さんの11月1ヶ月間の状況について、数字でお答えください。

(該当する患者さんがいない場合には0(ゼロ)と記入してください。)

算定日数上限後、「消炎鎮痛等処置」など、リハビリテーション料以外の 項目を算定し、診療を継続している患者数	_____人
うち、リハビリテーション料以外の項目を算定しているが、 ほぼ同じ内容のリハビリテーションを継続している患者数	_____人

(⇒問8 へお進みください。)

問8. 問7-1でお答えいただいた「11月1ヶ月間のうちにリハビリテーション料の算定を終了した」患者さんについて、算定終了後、患者さんに対する継続的なリハビリテーションが必要かどうかなどについて、疾患別の患者数を数字でお答えください。

(該当する患者さんがいない場合には0(ゼロ)と記入してください。)

	心大血管疾患 リハビリテーション料 の算定を終了 した患者	脳血管疾患等 リハビリテーション料の 算定を終了した 患者	運動器 リハビリテーション料の 算定を終了した 患者	呼吸器 リハビリテーション料の 算定を終了した 患者
「リハビリテーション等※」を 必要としない患者	_____人	_____人	_____人	_____人
今後も継続して「リハビリテ ーション等※」が必要であり、実 際に実施している患者	_____人	_____人	_____人	_____人
今後も継続して「リハビリテ ーション等※」が必要であるが、 実施していない患者	_____人	_____人	_____人	_____人
今後も継続して「リハビリテ ーション等※」が必要であるが、 実施しているか不明な患者	_____人	_____人	_____人	_____人
その他	_____人	_____人	_____人	_____人

※「リハビリテーション等」とは医療保険または介護保険によるリハビリテーションのほか、消炎鎮痛等処置を含みます。

問9. 貴院では改定の前後において、発症直後の治療を担う急性期医療機関からの患者の受け入れ数に変化がありましたか。あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

- | |
|-------------------------|
| 1 改定前より患者の受け入れ数が増加した |
| 2 改定前後で患者の受け入れ数は特に変化がない |
| 3 改定前より患者の受け入れ数が減少した |

問10. 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。

(自由記述欄)

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査
リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査
分野別施設調査票(心大血管疾患リハビリテーション)

問1. 貴院において心大血管疾患リハビリテーション料(I)を算定している場合、以下の項目について、数字でお答えください。選択肢がある設問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

項目		常勤	非常勤
循環器科又は心臓血管外科の担当医であり、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医師数	専任	_____人	_____人
	非専任	_____人	_____人
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数	専従	_____人	_____人
	非専従	_____人	_____人
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看護師数	専従	_____人	_____人
	非専従	_____人	_____人
専用の機能訓練室の面積		_____m ²	
専用の機能訓練室の他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無(いずれかに○)		1 あり ・ 2 なし	

問2. 貴院において心大血管疾患リハビリテーション料(II)を算定している場合、以下の項目について、数字でお答えください。選択肢がある設問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

項目		常勤	非常勤
循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師数	専任	_____人	_____人
	非専任	_____人	_____人
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数	専従	_____人	_____人
	非専従	_____人	_____人
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看護師数	専従	_____人	_____人
	非専従	_____人	_____人
専用の機能訓練室の面積		_____m ²	
専用の機能訓練室の他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無(いずれかに○)		1 あり ・ 2 なし	

(⇒問3へお進みください)

問3. 貴院が改定前(平成18年3月以前)に「心疾患リハビリテーション」の施設基準を届け出ている、今回の改定で「リハビリテーション(I)」の施設基準を届け出ている場合、その理由としてあてはまる番号を全て○で囲んでください。

1	医師に関する施設基準を満たすことが出来ない
...	以下のどれにあてはまりますか。(1つに○)
...	1 常勤専任医がいない 2 常勤専任医はいるが、常時鑑視が困難
2	医師以外の職員に関する施設基準を満たすことができない
...	以下のどれにあてはまりますか。(1つに○)
...	1 以前は「専任」だったが「専従」となったため 2 以前は「1名」だったが「2名」となったため
3	機能訓練室に関する施設基準を満たすことができない
4	必要がない
5	その他(具体的に: _____)

問4. 貴院がリハビリテーション(II)の施設基準を届け出ている、リハビリテーション(I)の施設基準を届け出ている場合、その理由としてあてはまる番号を全て○で囲んでください。

1	医師に関する施設基準を満たすことが出来ない
...	以下のどれにあてはまりますか。(1つに○)
...	1 常勤専任医がいない 2 常勤専任医はいるが、常時監視が困難
2	医師以外の職員に関する施設基準を満たすことができない
...	以下のどれにあてはまりますか。(1つに○)
...	1 以前は「専任」だったが「専従」となったため 2 以前は「1名」だったが「2名」となったため
3	機能訓練室に関する施設基準を満たすことができない
4	必要がない
5	その他(具体的に: _____)

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査
リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査
分野別施設調査票(脳血管疾患等リハビリテーション)

問1. 貴院において脳血管疾患等リハビリテーション料(I)を算定している場合、以下の項目について、数字でお答えください。選択肢がある設問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

項目		常勤	非常勤
専任の医師数	脳血管疾患等リハビリテーションの経験がある	___人	___人
	脳血管疾患等リハビリテーションの経験がない	___人	___人
理学療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
作業療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
言語聴覚士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
専用の機能訓練室の面積		___m ²	
専用の機能訓練室について、他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無(いずれかに○)		1 あり ・ 2 なし	

問2. 貴院において脳血管疾患等リハビリテーション料(II)を算定している場合、以下の項目について、数字でお答えください。選択肢がある設問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

項目		常勤	非常勤
医師数	専任	___人	___人
	非専任	___人	___人
理学療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
作業療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
言語聴覚士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
専用の機能訓練室の面積		___m ²	
専用の機能訓練室について、他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無(いずれかに○)		1 あり ・ 2 なし	

問3. 貴院がリハビリテーション(II)の施設基準を届け出ている、リハビリテーション(I)の施設基準を届け出ている場合、その理由としてあてはまる番号を全て○で囲んでください。

1	医師に関する施設基準を満たすことができない
2	医師以外の職員に関する施設基準を満たすことができない
3	機能訓練室に関する施設基準を満たすことができない
4	必要がない
5	その他(具体的に: _____)

リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査
分野別施設調査票（運動器リハビリテーション）

問1. 貴院において運動器リハビリテーション料(I)を算定している場合、以下の項目について、数字でお答えください。選択肢がある設問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

項目		常勤	非常勤
専任の医師数	運動器リハビリテーションの経験がある	___人	___人
	運動器リハビリテーションの経験がない	___人	___人
理学療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
作業療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
適切な運動器リハビリテーションにかかる研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
専用の機能訓練室の面積		___m ²	
専用の機能訓練室について、他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無（いずれかに○）		1 あり ・ 2 なし	

問2. 貴院において運動器リハビリテーション料(II)を算定している場合、以下の項目について、数字でお答えください。選択肢がある設問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

項目		常勤	非常勤
医師数	専任	___人	___人
	非専任	___人	___人
理学療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
作業療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
適切な運動器リハビリテーションにかかる研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
専用の機能訓練室の面積		___m ²	
専用の機能訓練室について、他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無（いずれかに○）		1 あり ・ 2 なし	

問3. 貴院が運動器リハビリテーション(II)の施設基準を届け出ている、運動器リハビリテーション(I)の施設基準を届け出ている場合、その理由としてあてはまる番号を全て○で囲んでください。

- 1 医師に関する施設基準を満たすことができない
- 2 医師以外の職員に関する施設基準を満たすことができない
- 3 機能訓練室に関する施設基準を満たすことができない
- 4 必要がない
- 5 その他（具体的に：_____）

リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査
分野別施設調査票（呼吸器リハビリテーション）

問1. 貴院において呼吸器リハビリテーション料(I)を算定している場合、以下の項目について、数字でお答えください。選択肢がある設問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

項目		常勤	非常勤
専任の医師数	呼吸器リハビリテーションの経験がある	___人	___人
	呼吸器リハビリテーションの経験がない	___人	___人
理学療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
呼吸器リハビリテーションの経験がある		___人	
専用の機能訓練室の面積		___m ²	
専用の機能訓練室の他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無（いずれかに○）		1 あり ・ 2 なし	

問2. 貴院において呼吸器リハビリテーション料(II)を算定している場合、以下の項目について、数字でお答えください。選択肢がある設問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

項目		常勤	非常勤
医師数	専任	___人	___人
	非専任	___人	___人
理学療法士数	専従	___人	___人
	非専従	___人	___人
呼吸器リハビリテーションの経験がある		___人	
専用の機能訓練室の面積		___m ²	
専用の機能訓練室の他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無（いずれかに○）		1 あり ・ 2 なし	

問3. 貴院が呼吸器リハビリテーション(II)の施設基準を届け出ている、呼吸器リハビリテーション(I)の施設基準を届け出ている場合、その理由としてあてはまる番号を全て○で囲んでください。

- 1 医師に関する施設基準を満たすことができない
- 2 医師以外の職員に関する施設基準を満たすことができない
- 3 機能訓練室に関する施設基準を満たすことができない
- 4 必要がない
- 5 その他（具体的に：_____）

質問は以上です。施設向け患者調査票の記入もお願いいたします。

リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査
施設向け患者調査票（心大血管疾患リハビリテーション）

- 平成 18 年 12 月 1 日～12 月 31 日の間において、『心大血管疾患リハビリテーションを開始してから 150 日に到達した患者さん』、又は、『心大血管疾患リハビリテーションの算定を終了した患者さん』の状況についてお答えください。
- 調査票は全部で 7 ページあります。

問 1. 患者さんの基本情報についてお伺いします。

患者さんの性別 (あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください)	1 男 2 女
患者さんの生年月日 (あてはまる元号を1つだけ○で囲み、数字をご記入ください)	(明治・大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日
診療区分 (あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください)	1 外来 2 入院

問 2. 調査時点における患者さんの心大血管疾患リハビリテーション料の算定対象疾患についてお伺いします。

問 2-1. 調査時点の算定対象疾患として、あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

1 急性心筋梗塞
2 狭心症発作
3 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さん
4 慢性心不全
5 末梢動脈閉塞性疾患
6 その他の慢性的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さん

問 2-2. 調査時点における起算の状況について、それぞれ数字でお答えください。

発症日、手術日又は急性増悪となった日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
リハビリテーションを開始した日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
リハビリテーションを終了した日 (継続中の場合は記入不要です)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
リハビリテーション実施計画書の説明を行った日 (実施計画書を作成していない場合は記入不要です)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(⇒問 2-3 へお進みください。)

問 2-3. 患者さんは問 2-1 でお答えいただいた心大血管疾患リハビリテーション料の算定対象疾患以外に疾患・障害を有していますか。あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1 有 2 無 (⇒ 無の場合、問 2-4 へお進みください。)

問 2-3 で「1 有」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 2-3-1. 該当する疾患・障害として、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1 心大血管疾患リハビリテーション料の算定対象疾患に該当	あてはまる番号を1つで囲んでください	1 急性心筋梗塞、狭心症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 2 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性的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
2 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定対象疾患に該当	あてはまる番号を1つで囲んでください	1 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 2 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 3 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 4 パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性的神経筋疾患の患者 5 失語症、失認症及び失行症、高次脳機能障害を有する患者 6 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者 7 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者 8 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他の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、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者
3 呼吸器リハビリテーション料の算定対象疾患に該当	あてはまる番号を1つで囲んでください	1 肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者 2 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 3 慢性閉塞性肺疾患(COPD)、気管支喘息その他の慢性的呼吸器疾患により、一定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
4 運動器リハビリテーション料の算定対象疾患に該当	あてはまる番号を1つで囲んでください	1 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 2 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性的運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

(⇒問 2-4 へお進みください。)

問 2-4. 心大血管疾患リハビリテーション料を算定する前に、過去(平成 18 年 4 月以降)に算定していたリハビリテーション料はありますか。あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

1 有 ・ 2 無 (⇒ 無の場合、問 3 へお進みください。)

問 2-4. で「1 有」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 2-4-1. 実際に算定していた項目として、あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

- 1 心大血管疾患リハビリテーション料
- 2 脳血管疾患リハビリテーション料
- 3 呼吸器リハビリテーション料
- 4 運動器リハビリテーション料
- 5 難病患者リハビリテーション料
- 6 障害児(者)リハビリテーション料

問 2-4-2. 現在の心大血管疾患リハビリテーション料に切り替えた理由として、あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください。

- 1 病態が変化するため
- 2 新たな疾患が発症したため
- 3 その他(具体的に: _____)

問 3. 調査時点における算定の状況についてお伺いします。

問 3-1. 算定を開始した日以降、11 月末日までの間の通算単位数及び算定日数の合計を月ごとに数字でご記入ください。

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	合計
心大血管疾患リハビリテーション料(I)	____単位 ____日								
心大血管疾患リハビリテーション料(II)	____単位 ____日								
摂食機能療法	____単位 ____日								
ADL 加算	____単位 ____日								

(⇒問 3-2 へお進みください。)

問 3-2. 以下の項目のうち、本年 4 月以降この患者さんについて算定した項目がありましたら、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

- 1 地域連携退院時共同指導料
- 2 退院前訪問指導料
- 3 退院時リハビリテーション指導料
- 4 訪問看護指示料
- 5 退院前在宅療養指導管理料
- 6 その他(具体的に: _____)

問 4. 実施したリハビリテーションの内容についてお伺いします。

問 4-1. 実施したリハビリテーションの内容について、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1 運動療法 あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 持久カトレニング	2 筋カトレニング	3 ストレッチ・体操
2 指導 あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 疾病教育	2 食事・栄養指導	3 運動指導
	4 カウンセリング	5 禁煙指導	
3 日常生活活動訓練 あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 整容	2 更衣	3 調理
	4 排泄	5 食事	6 入浴
	7 その他	8 不要であった	
4 基本動作訓練 あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 起居	2 座位保持	3 移乗
	4 歩行(平行棒内歩行)	5 歩行(補助具を使用した歩行)	6 歩行(訓練室内歩行)
	7 不要であった		
5 実用歩行訓練 あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 屋内歩行(病棟内のトイレへの歩行・階段昇降等)	2 屋外歩行	3 不要であった

(⇒問 4-2 へお進みください。)

問 4-2. リハビリテーション関連行為を実施した場合、その回数について、数字でお答えください。

(未実施の場合は0と記入してください。)

リハカンファレンス	() 回
リハ処方	() 回

問 5. 調査時点の患者さんの状態についてお伺いします。

問 5-1. 患者さんのリハビリテーションの段階について、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1 急性期	2 回復期	3 維持期
-------	-------	-------

問 5-2. 患者さんの状態について、それぞれあてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

問 5-2-1. 自宅内の歩行について

1 何もつかまらず歩く	2 壁や家具を伝わって歩く	3 誰かと一緒に歩く
4 杖や装身具などを使って歩く	5 ほとんど歩いていない	

問 5-2-2. 身の回りの行為について

<食事>

1 一人でしている	2 一部助けを受けている	3 ほとんど助けを受けている
-----------	--------------	----------------

<入浴>

1 一人でしている	2 一部助けを受けている	3 ほとんど助けを受けている
-----------	--------------	----------------

<洗面>

1 一人でしている	2 一部助けを受けている	3 ほとんど助けを受けている
-----------	--------------	----------------

<トイレ>

1 一人でしている	2 一部助けを受けている	3 ほとんど助けを受けている
-----------	--------------	----------------

<着替え>

1 一人でしている	2 一部助けを受けている	3 ほとんど助けを受けている
-----------	--------------	----------------

(⇒問 5-3 へお進みください。)

問 5-3. 患者さんの医療処置の状況について、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1 中心静脈栄養
2 経鼻経管栄養
3 胃瘻
4 気管切開
5 人工呼吸器
6 在宅酸素療法
7 人工透析
8 尿道バルーン
9 ペースメーカー装着
10 末梢点滴ライン
11 胸腔(腹腔)ドレナージ
12 心膜腔ドレナージ
13 その他(具体的に:)

問 5-4. 患者さんの状態の評価として、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1 これ以上の身体機能の改善の見込みはない	
あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください	1 生活の場で状態の維持が可能
	2 状態の維持のためにリハビリテーションの継続が必要
2 身体機能の改善の見込みがある	

(⇒問 6 へお進みください。)

問 6. 調査時点で、医療保険による患者さんのリハビリテーションは終了しましたか。あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1 終了した ・ 2 終了していない

問 6.で「1 終了した」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 6-1. リハビリテーション終了時又は終了後の患者さんへの対応について、あてはまる番号を全て○で囲んでください。

1 介護保険サービスを紹介した	
あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 介護老人保健施設を紹介した 2 介護療養型医療施設を紹介した 3 特別養護老人ホームを紹介した 4 訪問リハビリテーション（訪問看護事業所からのリハビリテーションを含む）を紹介した 5 通所リハビリテーションを紹介した 6 通所介護（デイサービス）を紹介した 7 その他（具体的に：_____）
2 他の医療機関による医療保険の訪問リハビリテーションを紹介した	
あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 入院によるリハビリテーションを紹介した 2 通院によるリハビリテーションを紹介した 3 訪問によるリハビリテーションを紹介した
3 職業リハビリテーション施設*を紹介した	
4 スポーツクラブや健康増進施設等を紹介した	
5 日常生活上の指導（関節可動域訓練、持久力訓練、筋力訓練、呼吸訓練等）を行った	
6 あん摩、鍼灸などの代替医療を紹介した	
7 外来の定期的診療で対応する（予定含む）	
8 新たな疾患のために別のリハビリテーション料を算定する（予定含む）	
あてはまる番号を1つ○で囲んでください	1 心大血管疾患リハビリテーション料 2 脳血管疾患等リハビリテーション料 3 呼吸器リハビリテーション料 4 運動器リハビリテーション料
9 特段の対応はしていない	
10 その他（具体的に：_____）	

* 障害者の職業的自立を促進するために法律で位置づけられているリハビリテーション機関（障害者職業センター、障害者職業能力開発校など）

質問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。