

問9 本調査またはリハビリテーションについてのご意見	
246	脳梗塞発症時は家族みんながショックでお先が真っ暗になってしまいました。ところが急性期治療からリハビリ専門病院に移り医療スタッフの皆様が熱心に関わって下さり、どれほど心強く救われたかできません。その後も地元医療機関の外来リハビリに通院させていただき、現在ではよくここまで改善できたと感謝しております。介護保険が充実してきたとはいえ、疾病によっては継続的な医療でのリハビリも重症化防止の点では、大切な分野だと考えております。高齢者をひとまとめに考えるのではなく個々のケア(寝たきり老人の防止)特に、心のケアがとても重要だと考えます。意欲(目標)が無くなったら、身体機能の低下と共に認知症状も進行することは当然だと思います。そんな状態を少しでもくい止めるために、目的を持つことが大切かと日頃思っているところです。このたびはアンケート調査に参加させていただき、家族の思いをお伝えすることができて嬉しく思います。医療スタッフの皆様、今後とも、地域のために活躍いただきますようお願い申し上げます。
247	自分で動けるうちは介護保険を利用することは考えていない。自宅でも自分なりに運動はしているが、電気治療等は自宅にないため続けて通いたい。
248	期限に関係なく、週1回のリハビリを受けたい。リハビリを定期的にうけることで、現状が保っている。
249	院長様リハビリに携せられるスタッフの皆様(理学療法士、作業療法士)の積極的な介護に感動致しました。退院後も思い出しながら頑張りたいと思います。
250	大腿骨をおってリハビリ専門の病院で杖をついて歩けるまでに回復した。リハビリによって、長い間の膝と腰の痛みからも開放された。通院の出来るリハビリ専門の病院がないので再び歩けなくなるのではないかと。膝や腰の痛みが出るのではないかと心配だ。長い間整形外科の病院に通っている間に腰も曲がり、膝も変形して痛みも増して来た。どうかリハビリ専門の所に通えるようにと願う。
251	退院したところなので、まだどの方法がベターなのか分からない。体調・気力等を見ながら進めていきたい。
252	現状の状態が保てる様この病院を続けたい。永いおつき合いになると思う。介護保険を受ける年齢ではないので病院でリハビリを続けるしかない。
253	リハビリ期間を決めないで欲しい。
254	腰椎々間板ヘルニアにより左下肢マヒ、三年間のリハビリで補助具を着用平地は、歩ける様になったが階段、通路横断、公衆トイレ等を考えると、外出を控える。ドクターからは、まだまだ、リハビリの効果は期待出来ると言われたが、「150日の限定」を聞いた時、不安な気持ちになった。身体だけでなく心の方まで悪くなりそう。何とか国の力で限界までリハビリを続けられる様にして欲しいです。
255	一生懸命に治療に当たって下さっているPTの先生についても感謝しております。明日に希望をもって毎日自宅の中や周辺で動かす努力をしておりますが、入院中は時間的にゆとりをもってリハビリに当たって下さいましたが退院し、通院に替ってからはPTの方の時間に限りがあり思うようにリハビリが進みません。(例えば…1箇所診れば他の1箇所の時間が無)患者の状態に合ったリハビリ時間診療時間を設けて下さい。4箇所の骨折、腰骨のゆがみで、姿勢が正せず、階段昇降や坂道の上下り、乗物バスに乗れず早歩き、小走りも出来ません。物も少量を持つだけです。今回の改定後はたいへんです。高齢化社会に有る時にまだ何かが出来ると思っています。明るい見通しの持てる社会にたずさわれるようになるリハビリ期間を希望します。

問9 本調査またはリハビリテーションについてのご意見	
256	(1)本調査は、病院を数軒、回っている患者には、記入しにくい。リハビリを必要な人は、1軒だけでは、終りませんので、もっと内容を精●して作る必要があります。身内の介護をした事がある人が設問を作るべきである。(2)他の病院のリハビリ時期、回復の兆しがありましたが、止めたとたんに、すぐ戻り、逆に悪化しました。昨年生、改定された介護法は、直ちに撤廃すべきである。
257	リハビリをしていて大分良くなった頃に、電気だけあててもそのあとあまり良くならない。途中でリハビリを打ち切らないでほしい。
258	私は、リハビリ保険医療を受けている患者のひとりです(通院)私は●齢者で病名腰部脊柱狭窄症右肩●板損症で通院していますが期間限定で治療中止は、無理です。完全治療はできなくても多少我慢すれば痛みは進まない程度になってくれれば良いのです。国民保険料、介護費も改定で引き上げられ年金生活を切りつめて通院はつらい。ましてや1日1種目の●療しか受けられないきまりとまた納得できないことです。待合室で耳に入ってくる言語が転院しようかとささやく声が聞こえます。
259	リハビリを受けられることは本当にためになり有り難いことです。私はリハビリテーションでリハビリを行ない始めてからたくさんの事を教えて頂いてそのことは全て思うように行なえませんが、役に立っています。無理なく出来ることは少しずつでも行うようにしていますが、以前に教えて頂いた所で忘れてしまったり、また他にも私に合ったストレッチ(運動)法をその都度教えて頂きたいのです。体の痛みがあり体力、筋力も少ないので今はその方々によってリハビリを受ける期間がそれぞれ決められてしまっているようですが、もっとリハビリを続けて行ないたいと(受けたいと)思っている方が多いはずで。本当に必要な方々が少しでも長くリハビリを受け続けられるように良い形へ変わって、進んで行けるように願っていますし、そうして頂きたいと思います。私もそうしてリハビリを続けて行きたい人間の一人ですし、患者の気持ちを考えて頂きたいです。
260	リハビリテーションが終了し困っています。
261	今後も当院でステーションを受けたいと思いますので、よろしくお願い致します。自分の足で歩ける限り…。
262	長く通院をお願いします。
263	スポーツ復帰することができました。
264	なるべくリハビリを続けられるような制度にしてほしい。
265	長期にわたるといことで、今年の2月初めで通院が打ち切られることになっている。自分としては回復の兆しが実感として見えるのに、リハビリが打ち切られることについて、不安であるとともに、大変不満である。本人が希望すれば、リハビリが続けられるような制度が、早急に確立されるように、心から望んでいる。
266	突然の事故や病気により、身体機能を奪われ、社会生活を送れない私達にとってリハビリテーションは、ただ一つの社会復帰への手段です。現在、財政不足のため、一定の期間をもって、健康保険の適用を打ち切る動きがありますが、ただでさえ人生の絶望を味わった者がそこから立ち直ろうとする意志の中で、努力が否定されるような動きは、全く理解できません。その人、1人一人の状況に応じて、適切なメニューや訓練により、何とか生きる望みをつないでいる私達の希望の光を消さないで下さい。よろしく申し上げます。
267	・同治療を同病院で3ヶ月以上は出来ないということに、疑問と同時に不安を感じています。
268	進行しないように、バランスによる筋力が必要であるが、途中で、今までのようなリハビリが受けら

問9 本調査またはリハビリテーションについてのご意見	
	れない状況になると聞き、残念です。(保護者)
269	私は現在膝と腰が痛いで毎日リハビリテーションに通うようにしています。始めから見るとリハビリテーションの皆様のお陰で少し楽になりましたが、まだまだ痛みがとれないので、これからも痛みがとれるまで皆様に助けていただき、リハビリを続けたいと思います。
270	もっと良くなるまでリハビリを続けていきたいです。
271	治るまでリハビリ続けられればいい。
272	老人2人暮らしなので、妻が通院しているとき1人でいるので転倒する事もある。介護を利用したいと思いますが、2時間だけ話し相手と云はれたので断りましたが、外出散歩等に連れて行ってもらいたいと思います。歩行訓練及び車椅子等をお願いしたいと思います。
273	リハビリ担当の方々のお陰で、少しずつ歩けるようになりました。骨折して初めて、健康であることの有り難味を実感しました。皆さんにとっても感謝しています。
274	病気は一人一人病状違うのに、なぜこのように決めたのか！おかしいと思います。
275	リハビリテーションから5ヶ月で終りというのは、中途半端で終るので、やはり最後までやれる方が良いのではないか。
276	介護保険の対象にならないので、医療保険の期間終了後は、寝たきりになります。このアンケートは、日数制限の影響がわかるとは、思えない。
277	介護サービスに通っていますが、全然リハビリはしていません。「●●さん」に通っていますが、歩く練習だけです。お風呂に入って帰ってきます。「●●さん」の方は、マッサージから歩く練習、平行棒もやります。また、私達はお金がかからない方法でいきたいです。年金生活のため、介護代金が1ヶ月7500円かかります。気軽にリハビリの出来る施設を作ってください。家でやるにしても喧嘩になってしまいます。また、デイサービスにお伺いしていますが、昼食代650円、おやつ代200円、日用品150円) 毎日とられます。おやつ代など主人がいないといっています。国でいい方法を考えて下さい。
278	状態が良くなる迄、「リハビリテーションは続けたい」と思っております。
279	18年12月26日に、今回の法の改正でリハビリが受けられなくなりました。左右の肩の痛みが消えないのにもうリハビリが受けられず、痛みがますます、首を動かしたり唾を飲み込んでも痛いです。老夫婦(同居)の介護も大変なのです。祖父は癌で寝ている時が多く半呆け、祖母は寝たきりだから、自分が痛たくても我慢して世話をしていたのです。そしてリハビリで先生にリハビリしてもらい、その日だけは痛みが減り夜も寝て朝まで起ることがないのです。しかし法が変わり、私の上半身は痛みが消えません。何とかリハビリが受けられるようにしてもらえないでしょうか？痛みがない人にはわかることが出来ないと思いますが、介護をやり自分の体の痛みを苦しむ本当につらいですよ。
280	脳血管疾患患者等リハビリテーションを受けているが、右足右手もう少し安定して歩く事が出来る様になるまで、リハビリを続けて見たいと思います。
281	リハビリのお陰様で今日、只今一人で生活が出来、有難く感謝しています。只今自分で出来る事は頑張っていきたいと平常心に決めています。何しろ年には勝てませんので、何日まで気持で頑張れますが足が悪いので困ります。いろいろお世話をかけるとは思いますが、宜しくお願ひ申し●。
282	150日で通院出来無いのは、治る病気が治らなく成り、絶対に納得出来ません。

問9 本調査またはリハビリテーションについてのご意見	
283	怪我などは傷を見るとどの程度が見られるけど、そうじゃない体はその人によって様々だから、月、日でリハビリを止めるのは、おかしいよ。今の医療制度は間違っているよ。痛みがわからない人がこの制度を変えたんだろう。なんで弱い人達をくるしめるのだよ。
284	リハビリを継続したい。(病院で) 体の事だけでなく精神的にも、リハビリの効果はあると思う。
285	今迄通院リハビリを受けていたが、退院して150日のリハビリで切るとは、弱い立場の人間を追い出す様なやり方、歩けば女房もいいけど。
286	リハビリの期間が180日と限定され、その後リハビリを受けるには介護保険によるリハビリになるため、実費負担増となり、年金生活者にとっては、日々の生活がより苦しくなります。医療保険でリハビリが受けられる様になればと思っています。
287	法改正によりリハビリに限度を設けたが、医師の指示により、リハビリを限度なく受けられるようにして頂きたい。医療費等の問題で難しいと思うが。
288	脳梗塞で倒れて、リハビリテーションでここまで快復したのは感謝しております。この後悪くならない為にも今後ずっとリハビリテーションは続ける必要があると思っています。生活のQOLを高める為にも人に迷惑をかけずに生きて行く為にもリハビリテーションは必要なものだと考えます。
289	一つの疾患の中にも人それぞれの状況や状態があるにも関わらず、一律にリハビリの実施期間を定めることにとっても疑問を感じます。
290	私は骨折でリハビリを受けていますが、リハビリはぜったい必要だと思います。松葉杖がうまく使えなかったのですが、リハビリではきちんとした指導が受けられ、使用できるようになりました。専門的な知識の元でのリハビリは大切であり、今後リハビリテーションに重点がおかれるようになればと考えます。
291	歩ける様になりたいので、現在リハビリを続けたい。
292	有料老人ホームへ入所して後、脳梗塞になり、ホーム内のリハビリを受けています。
293	もう少し長く病院内でリハビリが出来たら、良いと思う。
294	労災の為現在もリハビリ中です。150日(8/28)にリハビリが終了していたら今の様に手は動いてはいないと思います。家で自主トレをしても専門の方にリハビリ指導をしていただいている様には動きません。今は一部の事ができませんが工夫をすればなんとか出来、左手でカバーして、ある程度の事は出来るようになりました。150日でリハビリが終了してしまっただけで、これから良くなる人も障害者になってしまいます。その人に合ったリハビリを続けられるようにしてほしいと思います。
295	腰(脊椎の下から2番目と4番目の圧迫骨折)が悪く8月末よりリハビリを行って来ましたが、今月150日を過ぎたので打ち切りを言われました。医者は本来ならばもう少しリハビリをする必要があるとの説明を受けましたが、今回の医療制度により、リハビリを本施設でする事は出来ません。また、他医療機関にても継続は出来ないと言われました。リハビリが必要な患者にそれが出来ない様定めた制度に疑問を感じてなりません。
296	遅れてすみません。
297	リハビリができる期間が150日で終わってしまいますが、それ以降は自分自身で状態を維持していくことには、限界があります。また、知識が無い人にリハビリがまがいなことをしてもらおう事にも限界があります。算定期限以降、障害の残る身体をどうすればいいのか、不安です。

問9 本調査またはリハビリテーションについてのご意見	
298	私は骨折（足首）して初めて手術・入院をしました。術後早いうちにリハビリを受けることが出来、退院後も通院リハビリで早期回復が出来感謝しています。リハビリは家で自分なりに行えるように次々と方法を教示して頂き、それなりの部位の回復につながるものばかりで成程と感じさせられた。以前はこのようなリハビリが無かったものと思うが、最近の最新の施設で受けられたことは、とても良かったと思っています。
299	リハビリテーションの日数制限があったら、症状が悪い時困ります。是非日数制限なくしていただきたいです。
300	期限をもうけずに、一人一人の状態に合わせて、リハビリを続けることができるようにしてほしいと思います。
301	リハビリテーションの日数制限は困ります。
302	リハビリテーションの日数制限をなくしてほしい。
303	自分で通院出来るまでは、このままで「●●医院」に通いたいです。先生も看護師の皆さんも優しく、医院の通院の皆さんが明るいのので医院にいる間は痛いのを忘れれます。
304	リハビリテーションの日数の制限の撤廃をお願いします。大変に困っております。
305	右手ひじの骨折なので治ったので、リハビリしたり入所したりする必要ないし、問8など何もあてはまらない。
306	頸椎性脊髄症にて頸部手術入院2ヶ月 脳幹出血入院1ヶ月 右顔面麻痺 右顔面吊り上げ手術後遺症両腕、手、指、両足の痺れ 歩行困難を改善したい リハビリをすることになった経緯、病名（名）怪我等の設問がない。
307	リハビリを途中で打切になってしまいました。あと2～3か月はしたかったのですが、残念です。新法は、良い法律ではないですネ。私は、軽い方だったので、まだ良いのですが、もっと悪い人は大変だと思います。
308	O.Tの人のマッサージが痛い。
309	医療保険で受けられる通所リハビリ期間を症状に応じてもっと延長出来る様にして欲しい。
310	問4で退院後の生活についての質問があります。通勤・仕事・スポーツについて質問していますが、それ以外に、ほとんどの時間を潰している家庭とその周辺で「どのような状態」なのかについての質問がありません。生活の質を高めるリハビリでは、実際にはその辺りの状態の把握が重要ではないでしょうか。家から出られない状態、家にいてもなにも出来ない状態に陥らないリハビリを望みます。
311	よくリハビリをしていただき、少しずつスポーツ復帰に向かっていきます。
312	最初リハビリをして頂ける回数をお願いした時、二週間に一度の予定ということでした。しかし、私の方都合（親戚の不幸とかあって）、また先生の方のご都合もあって、月一回になったこともありました。それは止むを得ないことですが、5ヶ月で一応打ち切りと言われ、びっくりしました。これからずっと通って治していただけるものと思っていたので。そういう決まりで仕方がないのだ、との事「腰部脊柱管狭窄症」という病気で一年半位困っていますが、この頃少しずつ日常生活が普通にできる時もある、あと少し続けてもらったら、もっとよくなるだろうと期待しています。何とかもっと続けていただけるようお願いいたします。
313	リハビリテーションは、その人の状態に合わせて適切に指導を受けながら継続するべきである。また、それを利用しながら自分の生活をより豊に楽しくするところにリハビリの目的があると思う。指

問9 本調査またはリハビリテーションについてのご意見	
	指導は利用者に根気強く対応していただくことを望む。
314	マッサージを10分間していただくのですが、せめて20分間にしていただけたら、もっと体が楽になると思います。
315	医療保険によるリハビリテーションの期間が短すぎる。せめて半年を限度として欲しい。介護保険のリハビリがもう少し充実したものになるのであれば、そちらでフォローも出来るでしょうが、うちの介護施設はリハビリ病院の中にあるので、充実している方だと思いますが、それでももう少しという思いはあります。他の所を見学した事はないのですが、介護保険施設単体で運営している所よりは、良いと思うので（いろいろな人の話を聞くと）そう感じている人は多いのではないのでしょうか。

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  
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
公的医療機関	12 国民健康保険団体連合会		
	13 全国社会保険協会連合会	14 厚生年金事業協賛会	
社会保険関係団体	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	
医療法人	19 公益法人	20 医療法人	21 学校法人
	22 社会福祉法人	23 医療生協	24 会社
個人	25 その他の法人	26 個人	

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と記入ください）	_____床
療養病床数（無床の場合は0と記入ください）	_____床
その他の病床数（精神、結核、感染症病床） （無床の場合は0と記入ください）	_____床
リハビリテーション科擁護の有無	1 無 ・ 2 有
リハビリテーション科専門医数 （0人の場合、0と記入ください）	_____人
回復期リハビリテーション科病棟入院料の届出の有無	1 無 ・ 2 有 ⇒（病床数 _____床）
急性期入院医療管理料の届出の有無	1 無 ・ 2 有 ⇒（病床数 _____床）
臨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科	

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科相当 ⇒	_____ %
2 脳血管疾患等リハビリテーション科相当 ⇒	_____ %
3 運動器リハビリテーション科相当 ⇒	_____ %
4 呼吸器リハビリテーション科相当 ⇒	_____ %

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科(Ⅰ)	(平成) _____年 _____月
2 心大血管疾患リハビリテーション科(Ⅱ)	(平成) _____年 _____月
3 脳血管疾患等リハビリテーション科(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科(Ⅱ)	(平成) _____年 _____月
5 運動器リハビリテーション科(Ⅰ)	(平成) _____年 _____月
6 運動器リハビリテーション科(Ⅱ)	(平成) _____年 _____月
7 呼吸器リハビリテーション科(Ⅰ)	(平成) _____年 _____月
8 呼吸器リハビリテーション科(Ⅱ)	(平成) _____年 _____月
9 回復期リハビリテーション科病棟入院料	(平成) _____年 _____月
10 難病患者リハビリテーション科	(平成) _____年 _____月
11 障害児(者)リハビリテーション科	(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ヶ月あたり算定済実患者数	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来
平成18年3月1 [改定前]	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人
1 [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'リテーション料	脳血管疾患等 リハ'リテーション料	運動器 リハ'リテーション料	呼吸器 リハ'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
うち算定日数上層前に終了	_____人	_____人	_____人	_____人
うち算定日数上層の除外対象疾患に該当しなかったため、算定日数の上層をもって終了	_____人	_____人	_____人	_____人
うち算定日数上層の除外対象疾患に該当し、算定日数上層後に終了	_____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
うち算定日数上層除外対象疾患に該当し、算定日数上層後も継続	_____人	_____人	_____人	_____人
うち急性増悪や新たな疾患の発症により、算定日数の経算日が変更	_____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層後、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。）

算定日数上層後、「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。)

	心大血管疾患等 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、清良調音等処置を含みます。

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	専任	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	_____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	_____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	_____人	_____人
専用の機能訓練室の面積	_____㎡	
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有の有無 (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	専任	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	_____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	_____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	_____人	_____人
専用の機能訓練室の面積	_____㎡	
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有の有無 (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していない場合、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  
以下どれにあてはまりますか。(1つに○)  
1 常勤専任医がない 2 常勤専任医がいるが、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していない場合、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  
以下どれにあてはまりますか。(1つに○)  
1 常勤専任医がない 2 常勤専任医がいるが、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	専任	非常勤
専任の医師数	_____人	_____人
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	_____人	_____人
作業療法士数	_____人	_____人
言語聴覚士数	_____人	_____人
専用の機能訓練室の面積	_____㎡	
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有の有無 (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	専任	非常勤
医師数	_____人	_____人
理学療法士数	_____人	_____人
作業療法士数	_____人	_____人
言語聴覚士数	_____人	_____人
専用の機能訓練室の面積	_____㎡	
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有の有無 (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していない場合、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: \_\_\_\_\_)

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（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		___人	___人
専用の機能訓練室の面積		___㎡	
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		___人	___人
専用の機能訓練室の面積		___㎡	
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：\_\_\_\_\_）

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（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	___人
専用の機能訓練室の面積		___㎡	
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	___人
専用の機能訓練室の面積		___㎡	
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たします。

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  
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 未梢動脈閉塞性疾患
- 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. 調査時点における経算の状況について、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
  - 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、未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 脳血管疾患リハビリテーション料の算定対象疾患に該当
  - 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 聴覚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
  - 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、一定程度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
  - 1 上・下肢の複合損傷、脊髄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月末日までの間の遠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	単位	単位						
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	単位	単位	単位						
療養機能療法	単位	単位	単位						
ADL 加算	単位	単位	単位						

(⇒ 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 訪問看護指導料  
5 退院前在宅施設指導管理料  
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  
1 持久力トレーニング  
2 筋力トレーニング  
3 ストレッチ・体操

2 指導  
1 疾病教育  
2 食事・栄養指導  
3 運動指導  
4 食事  
5 カウンセリング  
6 禁煙指導

3 日常生活活動加算  
1 整容  
2 更衣  
3 調理  
4 食事  
5 排泄  
6 入浴  
7 その他  
8 不要であった

4 基本動作訓練  
1 起居  
2 座位保持  
3 移乗  
4 歩行(歩行柵内歩行)  
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  
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 杖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 経外経管栄養  
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 ベースメーカ装置  
10 末梢点滴ライン  
11 胸腔(腹腔)ドレナージ  
12 心臓腔ドレナージ  
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  
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1つだけ○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 特別養老ホームを紹介した
	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。

163

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  
施設向け患者調査票（脳血管疾患等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、『脳血管疾患等リハビリテーションを開始してから180日に到達した患者さん』又は、『脳血管疾患等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 (あてはまる番号を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脳血管疾患等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	脳梗塞
2	脳出血
3	くも膜下出血
4	その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後
5	脳腫瘍
6	脳膿瘍
7	脊髄損傷
8	脊髄腫瘍
9	その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後
10	多発性神経炎
11	多発性硬化症
12	末梢神経障害その他の神経疾患
13	パーキンソン病
14	脊髄小脳変性症
15	その他の慢性的神経筋疾患
16	失語症
17	失認症及び失行症
18	高次脳機能障害
19	聴能や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害
20	顎・口腔の先天異常に伴う構音障害
21	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、認知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

(⇒問 2-2 へお進みください。)

問 2-2. 対象の患者さんは算定日数上限の除外対象患者に該当しますか。あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1 該当する ・ 2 該当しない (⇒問 2-3 へお進みください。)

問 2-2で「1 該当する」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 2-2-1. 算定日数上限除外適用項目として、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1	失語症、失認および失行症
あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください	1 失語症
	2 失認症
	3 失行症
2	高次脳機能障害
3	重症の頸髄損傷
4	頭部外傷および多部位外傷
5	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する疾患
あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性肺炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態
	2 大腸骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症又は手術後2ヶ月以内の状態
	3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態
	4 大腸骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は韧带損傷後1ヶ月以内の状態
6	難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
7	障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者
あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください	1 神経障害による麻痺及び後遺症

問 2-3. 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 2-4 へお進みください。)

164

問 2-4. 患者さんは問 2-1 でお答えいただいた脳血管疾患等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 2-5 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. 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	心大血管リハビリテーション料の算定対象疾患に該当
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
1	脳梗死、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の神経筋疾患の患者
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	頭・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
1	肺炎、気管支炎、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の呼吸器疾患により、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
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の運動器疾患により、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 2-5 へお進みください。)

問 2-5. 脳血管疾患等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 2-5 で「1 有」と回答された患者さんについて、お伺いします。

問 2-5-1. 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	心大血管疾患等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
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 2-5-2. 現在の脳血管疾患等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	病態が変化したため
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 月末日までの間の算定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
脳血管疾患等リハビリテーション料(1)	単位	単位	単位						
脳血管疾患等リハビリテーション料(2)	単位	単位	単位						
脳血管疾患等リハビリテーション料(3)	単位	単位	単位						
脳血管疾患等リハビリテーション料(4)	単位	単位	単位						
脳血管疾患等リハビリテーション料(5)	単位	単位	単位						
脳血管疾患等リハビリテーション料(6)	単位	単位	単位						
ADL 加算	単位	単位	単位						

(⇒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	言語聴覚療法
2	作業療法 (ADL 訓練以外)
3	摂食機能訓練
4	運動療法
5	日常生活活動訓練
6	基本動作訓練
7	実用歩行訓練

1	全身調整訓練	2	神経筋再教育訓練
3	関節可動域訓練	4	物理療法

1	整容	2	更衣
3	調理	4	食事
5	排泄	6	入浴
7	その他		

1	起居	2	座位保持
3	移乗	4	歩行(車内歩行)
5	歩行(補助具を使用した歩行)	6	歩行(訓練室内歩行)

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

(⇒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、バーセルインデックス又は FIM を評価している場合には、その点数をリハビリテーション開始時と調査時の総得点をそれぞれ数字でご記入ください。

バーセルインデックス	開始時	_____点	終了時	_____点
FIM	開始時	_____点	終了時	_____点

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	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
2	身体機能の改善の見込みがある

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

(⇒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、お問い合わせ。

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	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	2 介護療養型医療施設を紹介した
3 特別養老老人ホームを紹介した	3 特別養老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	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	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	6 通所介護（デイサービス）を紹介した
7 その他（具体的に：_____）	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	1 入院によるリハビリテーションを紹介した
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
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 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 外来の定期的診療に対応する（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）	
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。

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医療機関における患者状況調査  
施設向け患者調査票（運動器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、『運動器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、『運動器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 8 ページあります。

問 1. 患者さんの基本情報についてお問い合わせ。

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 (あてはまる番号を1つだけ○で囲み、数字を記入ください)	(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運動器リハビリテーション料の算定対象疾患についてお問い合わせ。

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。

急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者さん	1 上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・腱鞘、神経、血管のうち 3 種類以上の複合損傷）
	2 脊椎損傷による四肢麻痺（1 肢以上）
	3 体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（脱臼）、運動器の悪性腫瘍等のもの
慢性的な運動器疾患により、一定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さん	4 関節の慢性疾患
	5 関節の炎症性疾患
	6 熱傷創傷による関節拘縮
	7 運動器不安定症等

(⇒問 2-2 へお進みください。)

問 2-2. 対象の患者さんは算定日数上限の除外対象患者に該当しますか。あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

- 1 該当する ・ 2 該当しない (⇒問 2-3 へお進みください。)

問 2-2. で「1 該当する」と回答された患者さんについて、お問い合わせ。

問 2-2-1. 算定日数上限除外適用項目として、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1 失語症、失認および失行症	1 失語症    2 失認症    3 失行症
2 高次脳機能障害	
3 重度の頭脳損傷	
4 頭部外傷および多部位外傷	
5 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する疾患	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、肺炎、急性脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症等の発症又は手術後 2 ヶ月以内の状態
	2 大腸がん、膵がん、肺癌又は膵臓がんの発症又は手術後 2 ヶ月以内の状態
	3 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群を有しており、手術後又は発症後 2 ヶ月以内の状態
	4 大腸がん、骨髄、脊髄、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後 1 ヶ月以内の状態
6 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患	1 悪性関節リウマチ    2 関節リウマチ
	3 突発性大脳静脈血栓症    4 広汎性脊髄炎
	5 後縦靭帯骨化症    6 黄色靭帯骨化症
7 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者	1 脳性麻痺    2 脊髄の奇形及び障害
	3 先天性の体幹四肢の奇形又は変形    4 先天性又は進行性の神経筋疾患
	5 神経障害による麻痺及び後遺症

問 2-3. 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 2-4 へお進みください。)

問 2-4. 患者さんは問 2-1 でお答えいただいた運動器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 2-5 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、お問い合わせします。

問 2-4-1. 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	心大血管リハビリテーション料の算定対象疾患に該当
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
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
1	肺炎、気管支炎、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者
2	肺閉塞、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
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	関節の炎症性疾患、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 2-5 へお進みください。)

問 2-5. 運動器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がありますか。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 2-5 で「1 有」と回答された患者さんについて、お問い合わせします。

問 2-5-1. 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 2-5-2. 現在の運動器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	病態が変化したため
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問い合わせします。

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
運動器リハビリテーション料(I)	単位	単位	単位						
料(II)	日	日	日	日	日	日	日	日	日
運動器リハビリテーション料(III)	単位	単位	単位						
料(IV)	日	日	日	日	日	日	日	日	日
ADL 加算	単位	単位	単位						
	日	日	日	日	日	日	日	日	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	地域連携退院時外出指導料	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	退院前在宅福祉指導管理料		
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問い合わせします。

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	
1	1 関節可動域訓練	2 筋力維持増進訓練
2	3 リラクゼーション・ストレッチ	4 マッサージ
3	5 関節体操	6 筋力体操
4	7 バランス・協調性訓練	8 全身調整訓練
5	9 神経筋促進手法	
2	日常生活活動訓練	
1	1 整容	2 更衣
2	3 調理	4 食事
3	5 排泄	6 入浴
4	7 その他	
3	基本動作訓練	
1	1 起床	2 座位保持
2	3 移乗	4 歩行(平行枠内歩行)
3	5 歩行(補助具を使用した歩行)	6 歩行(訓練室内歩行)
4	実用歩行訓練	
1	1 屋内歩行(病棟内のトイレへの歩行・階段昇降等)	
2	2 屋外歩行	
5	物理療法	
1	1 頸椎牽引	2 腰椎牽引
2	3 ホットパック	4 SSP
3	5 マイクロ波	6 干渉波
4	7 過蒸浴	8 プーリー
5	9 その他	
6	ADL 訓練	
1	1 床上動作訓練	2 座位・立位訓練
2	3 歩行訓練(平行枠内歩行)	4 歩行訓練(応用歩行)
3	5 歩行訓練(ホームプログラム指導)	6 歩行訓練(その他)

(⇒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問い合わせします。

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	杖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	ほとんど歩していない		

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	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
2	身体機能の改善の見込みがある

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

(⇒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が、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 6-1. 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
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
3	特設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	外来の定期的診察で対応する（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）
9	特設の対応はしていない
10	その他（具体的に：_____）

あてはまる番号を全て○で囲んでください。

\* 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。

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医療機関における患者状況調査  
施設向け患者調査票（呼吸器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、『呼吸器リハビリテーションを開始してから 90 日に到達した患者さん』又は、『呼吸器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 (あてはまる番号を1つだけ○で囲み、数字を○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呼吸器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	肺炎
2	無気肺
3	その他の急性発症した呼吸器疾患の患者
4	肺腫瘍
5	胸部外傷
6	その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者
7	慢性閉塞性肺疾患（COPD）
8	気管支喘息
9	その他の慢性的呼吸器疾患により、一定程度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

(⇒問 2-2 へお進みください。)

問 2-2. 対象の患者さんは算定日数上限の除外対象患者に該当しますか。あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1 該当する    2 該当しない (⇒問 2-3 へお進みください。)

問 2-2-1. 算定日数上限除外適用項目として、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

1	失語症、失認および失行症
2	高次脳機能障害
3	重症の関節拘縮
4	頭部外傷および多部位外傷
5	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する疾患
6	難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
7	障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者

あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。

問 2-3. 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 2-4 へお進みください。)