

問 2-4. 患者さんは問 2-1 でお答えいただいた呼吸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。

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	心大血管疾患リハビリテーション料の算定対象疾患に該当
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
3	呼吸器リハビリテーション料の算定対象疾患に該当
4	運動器リハビリテーション料の算定対象疾患に該当

(⇒ 問 2-5 へお進みください。)

問 2-5. 呼吸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、お問い合わせ。

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. 現在の呼吸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問い合わせ。

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
呼吸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
呼吸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
検査機能	単位	単位	単位						
療法	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	退院前在宅支援指導管理料
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。

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	呼吸訓練
2	運動療法
3	排泄訓練
4	禁煙指導
5	日常生活活動訓練
6	基本動作訓練
7	実用歩行訓練

(⇒ 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。

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、パーセルインデックス又は FIM を評価している場合には、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。

パ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

(⇒ 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）

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

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。

175

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  
患者調査票（心大血管疾患リハビリテーション）

○ この調査票は、リハビリテーションを受けていた（受けている）患者様の状況について、患者様ご自身、ご家族又は付添人の方がご記入ください。

○ 調査票は全部で 10 ページあります。

ご回答日（数字をご記入ください）      平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ご回答者（あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください）      1 ご本人      2 ご家族（付添人を含む）

問1. あなた(患者様)のことについてお伺いします。

患者様の性別（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

患者様の生年月日（あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲み、数字をご記入ください）      (明治・大正・昭和・平成)\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

問2. あなた(患者様)の現在の介護の状況についてお伺いします。あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

1 介護の必要はない

2 介護の必要があるが、一人暮らしであり、介護者はいない

3 介護の必要があって、家族と暮らしており、家族が介護してくれる

4 介護の必要があり家族と暮らしているが、家族は仕事・病気等のために介護ができない

5 家族以外の介護者がいる（→問2-1へお進みください）

問2-1:(上記の問2で「5」とご回答の方へ)  
以下のどれにあてはまりますか。あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲み、( )内に回数を数字でお答えください。

1 介護施設等に入所している

2 訪問介護（ホームヘルパーによるサービス）を受けている 週 ( ) 回

3 その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

(⇒次ページの問3へお進みください。)

問3. あなた(患者様)の現在の活動状況についてお伺いします。それぞれ、あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

問3-1. 自宅内での歩行について

1 何もつかまらずに歩くことができる      2 壁や家具を伝われば歩くことが出来る

3 誰かと一緒に歩けば歩くことができる

4 杖や装身具などを使えば歩くことができる

5 ほとんど歩いていない（歩くことはできない）

問3-2. 身の回りの行為について

<食事>

1 一人で食事ができる      2 一部助けを受けながら食事をしている

3 ほとんど助けを受けて食事をしている

<入浴>

1 一人で入浴ができる      2 一部助けを受けながら入浴をしている

3 ほとんど助けを受けて入浴をしている

<洗面>

1 一人で洗面ができる      2 一部助けを受けながら洗面をしている

3 ほとんど助けを受けて洗面をしている

<トイレ>

1 一人でトイレができる      2 一部助けを受けながらトイレへ行く

3 ほとんど助けを受けてトイレへ行く

<着替え>

1 一人で着替えができる      2 一部助けを受けながら着替えをしている

3 ほとんど助けを受けて着替えをしている

<階段の昇り降り>

1 一人で階段の昇り降りができる

2 一部助けを受けながら階段の昇り降りをしている

3 ほとんど助けを受けて階段の昇り降りをしている

<排尿管理>

1 一人でできる（尿がもれることはない）      2 時々失敗があるが毎日ではない

3 ほぼ毎日失敗がある

(⇒次ページへお進みください。)

176

<排便管理>

- 1 一人でできる (便がもれることはない)
- 2 時々失敗があるが毎日ではない
- 3 ほとんど毎日失敗がある (又は座薬や浣腸をしてもらう)

問 3-3. 家事(炊事、洗濯、掃除など)について

- 1 一人で家事ができる
- 2 一部助けを受けながら家事をしている
- 3 ほとんど助けを受けて家事をしている
- 4 家事をしない

問 3-4. 外出の状況について

- 1 ほぼ毎日外出する
- 2 週3回以上外出する
- 3 週1回以上外出する
- 4 ほとんど外出しない

問 3-5. 外出時の介護について

- 1 外出時には介護者が必要
- 2 外出時に介護者は必要ない

問 3-6. 日中の体を動かす程度について

- 1 良く体を動かしている
- 2 座っていることが多い
- 3 時々横になっている
- 4 ほとんど横になっている

問4. リハビリテーションを始めた時の生活と現在の状況とを比較して、どの程度のことが出来るようになりましたか。それぞれあてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください。

問 4-1. 運動について

- 1 以前よりも楽に運動ができるようになった
- 2 以前と同じように運動ができる
- 3 以前ほどではないが、運動ができる (→問 4-1-1 へお進みください)
- 4 以前のように運動ができない、又は、運動すべきでないと言われた (→問 4-1-1 へお進みください)
- 5 治療開始前から運動していない

問 4-1-1: (上記の問 4-1 で「3」又は「4」とご回答の方へ)

運動について、どのような変化がありましたか。

- 1 職場・職種を変えた
- 2 退職した
- 3 その他(具体的に: )

(⇒次ページの間 4-2 へお進みください。)

問 4-2. 仕事について

- 1 以前よりも楽に仕事ができるようになった
- 2 以前と同じように仕事ができる
- 3 以前ほどではないが、仕事ができる (→問 4-2-1 へお進みください)
- 4 以前のように仕事ができない、又は、仕事をすべきでないと言われた (→問 4-2-1 へお進みください)
- 5 治療開始前から仕事を行っていない

問 4-2-1: (上記の間 4-2 で「3」又は「4」とご回答の方へ)

仕事について、どのような変化がありましたか。

- 1 職場・職種を変えた
- 2 仕事を減らした
- 3 退職した

問 4-3. スポーツについて

- 1 以前よりもスポーツができるようになった
- 2 以前と同じようにスポーツができる
- 3 以前ほどではないが、スポーツができる
- 4 以前のようにスポーツはできない
- 5 治療開始前からスポーツを行っていない

(⇒次ページの間5へお進みください。)

問5. あなた(患者様)は、どのくらいリハビリテーションを実施しましたか。あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください。

- 1 心大血管疾患リハビリテーションは入院中のみで、退院後は全く行わなかった (→問 5-1 へお進みください)
- 2 5ヶ月以内に心大血管疾患リハビリテーションを中止した (→問 5-2 へお進みください)
- 3 5ヶ月以内に心大血管疾患リハビリテーションを終了した (→次ページの間 6 へお進みください)

問 5-1: (上記の間 5 で「1」とご回答の方へ)

全く行わなかった理由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 医師に勧められなかった
- 2 自分の判断で行わなかった
- 3 あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください
  - 1 リハビリテーションをしなくても、とりあえず動くことが出来るので行わなかった
  - 2 医療費が高いので行わなかった
  - 3 リハビリテーションのために通院するのが困難だったので行わなかった

問 5-2: (上記の間 5 で「2」とご回答の方へ)

5ヶ月以内に心大血管疾患リハビリテーションを中止した理由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 病状が悪化したため
- 2 退院後に、通院でのリハビリテーションが困難だったため
- 3 転院先の病院ではリハビリテーションができなかったため
- 4 復職(復学)した際、病院へ行く暇がなくなったため
- 5 自分の判断で行わなかった
  - 1 リハビリテーションをしなくても、とりあえず動くことが出来るので行わなかった
  - 2 医療費が高いので行わなかった
  - 3 リハビリテーションのために通院するのが困難だったので行わなかった
- 6 5ヶ月が経過して保険が効かなくなったため

(⇒次ページの間 6 へお進みください。)

問6. この調査票をお渡しした病院・診療所から、これまでどのような説明や指導を受けましたか。あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください

問 6-1. リハビリテーションの計画・目標・具体的な内容についての説明

- 1 リハビリテーション開始時にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
- 2 リハビリテーション期間中にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
- 3 リハビリテーション終了直前にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
- 4 説明は受けていない
- 5 わからない

問 6-2. 生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明

- 1 リハビリテーション開始時に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
- 2 リハビリテーション期間中に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
- 3 リハビリテーション終了直前に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
- 4 説明は受けていない
- 5 わからない

問 6-3. 介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明

- 1 リハビリテーション開始時に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 2 リハビリテーション期間中に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 3 リハビリテーション終了直前に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 4 説明は受けていない
- 5 わからない

(⇒次ページの間7へお進みください。)

問7. この調査票をお渡した病院・診療所ではどのようなリハビリテーションの訓練を受けましたか。あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。

そのうち、実際の日常生活にとても役立っていると感じたものには、あてはまる番号を◎(ニジュウマル)で囲んでください。

問 7-1. 日常生活活動に関する訓練

1 洗面	2 着替え	3 調理
4 食事	5 トイレ (用を足す)	6 入浴

問 7-2. 歩行に関する訓練

1 平行棒を使った歩行	2 歩行器や杖など補助具を使った歩行
3 訓練室での歩行	4 病棟内での歩行 (トイレへの移動や階段昇降)
5 屋外での歩行	

問 7-3. 疾患別の訓練

1 自転車こぎ	2 ストレッチ体操	3 筋力トレーニング
4 転倒防止訓練	5 トレッドミルによるウォーキング (歩行運動)	

問 7-4. その他の訓練

1 退院前の自宅への一時外泊
2 つえや車椅子などの福祉用具の選択や使用方法についての指導・訓練
3 その他 (具体的に: )

(⇒次ページの間 8 へお進みください。)

問8. 今後、あなた(患者様)が予定されている生活場所(又は現在生活している場所)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。

- 1 この調査票を受け取った病院・診療所に引き続き入院する
- 2 他の病院や診療所 (医療保険) に転院する予定である (又は転院した)
- 3 介護老人保健施設に入所する予定である (又は入所した)
- 4 介護療養型医療施設に入所する予定である (又は入院した)
- 5 特別養護老人ホームに入所する予定である (又は入所した)
- 6 自宅で過ごす予定である (又は自宅で過ごしている) (⇒問 7-1 へお進みください)
- 7 職業リハビリテーション施設に入所する予定である (又は入所した)
- 8 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)

問 8-1: (上記の間 8 で「6」とご回答の方へ)

自宅で過ごすとお答えいただいた方について、今後予定されていることで、次のうちあてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。

- 1 就労(復職・再就職)する予定である (又は復職している)
- 2 就学(復学)する予定である (又は復学している)
- 3 その他 (具体的に: )

(⇒次ページの間 9 へお進みください。)

問9. 今後、あなた(患者様)が予定している(又は受けている)リハビリテーション等について、あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。(週\_\_回とあるものを選ぶ場合には回数に数字をご記入ください。)

- 1 施設に入院(入所)する予定である(又は入院(入所)している)  
あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。  
1 医療施設 (調査票を手渡された医療施設)  
2 医療施設 (その他の医療施設)  
3 老人保健施設  
4 介護療養型医療施設  
5 特別養護老人ホーム  
6 職業リハビリテーション施設  
7 その他 (具体的に: )
- 2 通院 (通所) してリハビリテーション【医療保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回  
あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。  
1 医療施設 (調査票を手渡された医療施設)  
2 医療施設 (その他の医療施設)
- 3 通院 (通所) してリハビリテーション【介護保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 4 理学療法士等に訪問してもらい、リハビリテーション【医療保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 5 理学療法士等に訪問してもらい、リハビリテーション【介護保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 6 就労 (復職・再就職) や就学 (復学) をしながらリハビリテーションを受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 7 リハビリテーション以外の治療のために、入院又は通院する予定である(又は入院・通院している)
- 8 地域活動に参加するなど友人と一緒に運動等を実施する予定である(又は実施している)
- 9 自分自身で運動等を実施する予定である(又は実施している)
- 10 リハビリテーションや運動等を行う予定はない
- 11 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)

問 9-1: (上記の間 9 で「1」「2」「3」「4」「5」「6」のいずれかにご回答の方へ)

あなた(患者様)はリハビリテーションを行うことで何を望んでいますか。あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。

- 1 痛みを取りたい
- 2 もう少し歩けるようになりたい
- 3 転ばないようにしたい
- 4 職場、家庭の仕事、学校、部活動やスポーツなどに早く復帰したい
- 5 現在の日常生活の動作や活動を保ちたい (悪くならないようにしたい)
- 6 その他 (具体的に: )

(⇒次ページの間 10 へお進みください。)

問10. 本調査又はリハビリテーションについて、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)

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。  
この調査票を同封の返信用封筒に入れ、平成 19 年 1 月 12 日迄にご返送ください。

180

180

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  
患者調査票（脳血管疾患等リハビリテーション）

○ この調査票は、リハビリテーションを受けていた(受けている)患者様の状況について、患者様ご自身、ご家族又は付添人の方がご記入ください。

○ 調査票は全部で8ページあります。

ご回答日（数字をご記入ください）	平成____年____月____日
ご回答者（あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください）	1 ご本人 2 ご家族（付添人を含む）

問1. あなた(患者様)のことについてお伺いします。

患者様の性別 (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
患者様の生年月日(あてはまる元号を1つだけ○(マル)で囲み、数字をご記入ください)	(明治・大正・昭和・平成)____年____月____日

問2. あなた(患者様)の現在の介護の状態についてお伺いします。あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

1 介護の必要はない	2 介護の必要があるが、一人暮らしであり、介護者はいない
3 介護の必要があって、家族と暮らしており、家族が介護してくれる	4 介護の必要があり家族と暮らしているが、家族は仕事・病気等のために介護ができない
5 家族以外の介護者がある（→問2-1へお進みください）	

問2-1:(上記の問2で「5」とご回答の方へ)  
以下のどれにあてはまりますか。あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲み、( )内に回数を数字でお答えください。

1 介護施設等に入所している	2 訪問介護（ホームヘルパーによるサービス）を受けている 週( )回
3 その他(具体的に: )	

(⇒次ページの間3へお進みください。)

問3. あなた(患者様)の現在の活動状況についてお伺いします。それぞれ、あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

問3-1. 自宅内での歩行について

1 何もつかまらずに歩くことができる	2 壁や家具を伝われば歩くことができる
3 誰かと一緒に歩けば歩くことができる	4 杖や義身具などを使えば歩くことができる
5 ほとんど歩いていない(歩くことはできない)	

問3-2. 身の回りの行為について

<食事>	1 一人で食事ができる	2 一部助けを受けながら食事をしている
3 ほとんど助けを受けて食事をしている		

<入浴>

1 一人で入浴ができる	2 一部助けを受けながら入浴をしている
3 ほとんど助けを受けて入浴をしている	

<洗面>

1 一人で洗面ができる	2 一部助けを受けながら洗面をしている
3 ほとんど助けを受けて洗面をしている	

<トイレ>

1 一人でトイレができる	2 一部助けを受けながらトイレへ行く
3 ほとんど助けを受けてトイレへ行く	

<着替え>

1 一人で着替えができる	2 一部助けを受けながら着替えをしている
3 ほとんど助けを受けて着替えをしている	

<階段の昇り降り>

1 一人で階段の昇り降りができる	2 一部助けを受けながら階段の昇り降りをしている
3 ほとんど助けを受けて階段の昇り降りをしている	

<排便管理>

1 一人でできる(尿がもれることはない)	2 時々失敗があるが毎日ではない
3 ほぼ毎日失敗がある	

(⇒次ページへお進みください。)

<排便管理>

1 一人でできる(便がもれることはない)	2 時々失敗があるが毎日ではない
3 ほとんど毎日失敗がある(又は座薬や洗腸をしてもらう)	

問3-3. 家事(炊事、洗濯、掃除など)について

1 一人で家事ができる	2 一部助けを受けながら家事をしている
3 ほとんど助けを受けて家事をしている	4 家事をしない

問3-4. 外出の状況について

1 ほぼ毎日外出する	2 週3回以上外出する	3 週1回以上外出する
4 ほとんど外出しない		

問3-5. 外出時の介護について

1 外出時には介護者が必要	2 外出時に介護者は必要ない
---------------	----------------

問3-6. 日中の体を動かす程度について

1 良く体を動かしている	2 座っていることが多い
3 時々横になっている	4 ほとんど横になっている

問4. リハビリテーションを始めた時の生活と現在の状況とを比較して、どの程度のことが出来るようになりましたか。それぞれあてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

問4-1. 運動について

1 以前よりも楽に運動ができるようになった	2 以前と同じように運動ができる
3 以前ほどではないが、運動ができる(→問4-1-1へお進みください)	4 以前のように運動ができない、又は、運動すべきでないと言われた(→問4-1-1へお進みください)
5 治療開始前から運動していない	

問4-1-1:(上記の間4-1で「3」又は「4」とご回答の方へ)

運動について、どのような変化がありましたか。
1 職場・職種を変えた 2 退職した
3 その他(具体的に: )

(⇒次ページの間4-2へお進みください。)

問4-2. 仕事について

1 以前よりも楽に仕事ができるようになった	2 以前と同じように仕事ができる
3 以前ほどではないが、仕事ができる(→問4-2-1へお進みください)	4 以前のように仕事ができない、又は、仕事をすべきでないと言われた(→問4-2-1へお進みください)
5 治療開始前から仕事を行っていない	

問4-2-1:(上記の間4-2で「3」又は「4」とご回答の方へ)

仕事について、どのような変化がありましたか。
1 職場・職種を変えた 2 仕事量を減らした 3 退職した

問4-3. スポーツについて

1 以前よりもスポーツができるようになった	2 以前と同じようにスポーツができる
3 以前ほどではないが、スポーツができる	4 以前のようにスポーツはできない
5 治療開始前からスポーツを行っていない	

問5. この調査票をお渡した病院・診療所から、これまでどのような説明や指導を受けましたか。あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください

問5-1. リハビリテーションの計画・目標・具体的な内容についての説明

1 リハビリテーション開始時にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
2 リハビリテーション期間中にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
3 リハビリテーション終了直前にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
4 説明は受けていない
5 わからない

問5-2. 生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明

1 リハビリテーション開始時に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
2 リハビリテーション期間中に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
3 リハビリテーション終了直前に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
4 説明は受けていない
5 わからない

(⇒次ページの間5-3へお進みください。)

181

182

問5-3. 介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明

- 1 リハビリテーション開始時に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 2 リハビリテーション期間中に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 3 リハビリテーション終了直前に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 4 説明は受けていない
- 5 わからない

問6. この調査票をお渡した病院・診療所ではどのようなリハビリテーションの訓練を受けましたか。あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。  
そのうち、実際の日常生活にとても役立つと感じたものには、あてはまる番号を◎(ニジウマル)で囲んでください。

問6-1. 日常生活活動に関する訓練

- |      |              |      |
|------|--------------|------|
| 1 洗面 | 2 着替え        | 3 調理 |
| 4 食事 | 5 トイレ (川を足す) | 6 入浴 |

問6-2. 歩行に関する訓練

- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| 1 平行棒を使った歩行 | 2 歩行器や杖など補助具を使った歩行       |
| 3 訓練室での歩行   | 4 病棟内での歩行 (トイレへの移動や階段昇降) |
| 5 屋外での歩行    |                          |

問6-3. その他の訓練

- |                                   |            |          |
|-----------------------------------|------------|----------|
| 1 退院前の自宅への一時外泊                    |            |          |
| 2 つえや車椅子などの福祉用具の選択や使用方法についての指導・訓練 |            |          |
| 3 ストレッチ体操                         | 4 筋力トレーニング | 5 転倒防止訓練 |

(⇒次ページの問7へお進みください。)

問7. 今後、あなた(患者様)が予定されている生活場所(又は現在生活している場所)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。

- 1 この調査票を受け取った病院・診療所に引き続き入院する
- 2 他の病院や診療所(医療保険)に転院する予定である(又は転院した)
- 3 介護老人保健施設に入所する予定である(又は入所した)
- 4 介護療養型医療施設に入院する予定である(又は入院した)
- 5 特別養護老人ホームに入所する予定である(又は入所した)
- 6 自宅で過ごす予定である(又は自宅で過ごしている)(⇒問7-1へお進みください)
- 7 職業リハビリテーション施設に入所する予定である(又は入所した)
- 8 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指定さ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)

問7-1:(上記の問7で「6」とご回答の方へ)

自宅で過ごすとお答えいただいた方について、今後予定されていることで、次のうちあてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。

- 1 就労(復職・再就職)する予定である(又は復職している)
- 2 就学(復学)する予定である(又は復学している)
- 3 その他(具体的に: )

(⇒次ページの間8へお進みください。)

問8. 今後、あなた(患者様)が予定している(又は受けている)リハビリテーション等について、あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。(週\_\_回とあるものを選ぶ場合には回数を数字でご記入ください。)

- 1 施設に入院(入所)する予定である(又は入院(入所)している)  
あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。  
1 医療施設(調査票を手渡された医療施設)  
2 医療施設(その他の医療施設)  
3 老人保健施設 4 介護療養型医療施設  
5 特別養護老人ホーム 6 職業リハビリテーション施設  
7 その他(具体的に: )
- 2 通院(通所)してリハビリテーション【医療保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回  
あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。  
1 医療施設(調査票を手渡された医療施設)  
2 医療施設(その他の医療施設)
- 3 通院(通所)してリハビリテーション【介護保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 4 理学療法士等に訪問してもらい、リハビリテーション【医療保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 5 理学療法士等に訪問してもらい、リハビリテーション【介護保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 6 就労(復職・再就職)や就学(復学)をしながらリハビリテーションを受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 7 リハビリテーション以外の治療のために、入院又は通院する予定である(又は入院・通院している)
- 8 地域活動に参加するなど友人と一緒に運動等を実施する予定である(又は実施している)
- 9 自分自身で運動等を実施する予定である(又は実施している)
- 10 リハビリテーションや運動等を行う予定はない
- 11 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指定さ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)

問8-1:(上記の間8で「1」「2」「3」「4」「5」「6」のいずれかにご回答の方へ)

あなた(患者様)はリハビリテーションを行うことで何を望んでいますか。あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。

- 1 痛みを取りたい
- 2 もう少し歩けるようになりたい
- 3 転ばないようにしたい
- 4 職場、家庭の仕事、学校、部活動やスポーツなどに早く復帰したい
- 5 現在の日常生活の動作や活動を保ちたい(悪くならないようにしたい)
- 6 その他(具体的に: )

(⇒次ページの間9へお進みください。)

問9. 本調査又はリハビリテーションについて、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)

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。  
この調査票を同封の返信用封筒に入れ、平成19年1月12日迄にご返送ください。

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  
患者調査票（運動器リハビリテーション）

○この調査票は、リハビリテーションを受けていた(受けている)患者様の状況について、患者様ご自身、ご家族又は付添人の方がご記入ください。

○調査票は全部で8ページあります。

ご回答日（数字をご記入ください）	平成____年____月____日
ご回答者（あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください）	1 ご本人 2 ご家族（付添人を含む）

問1. あなた(患者様)のことについてお伺いします。

患者様の性別 (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
患者様の生年月日(あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲み、数字をご記入ください)	(明治・大正・昭和・平成)____年____月____日

問2. あなた(患者様)の現在の介護の状態についてお伺いします。あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

1 介護の必要はない	2 介護の必要があるが、一人暮らしであり、介護者はいない
3 介護の必要があって、家族と暮らしており、家族が介護してくれる	4 介護の必要があり家族と暮らしているが、家族は仕事・病気等のために介護ができない
5 家族以外の介護者がいる（→問2-1へお進みください）	

問2-1:(上記の問2で「5」とご回答の方へ)

以下のどれにあてはまりますか。あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲み、( )内に回数を数字でお答えください。

1 介護施設等に在所している	2 訪問介護（ホームヘルパーによるサービス）を受けている 週( )回
3 その他(具体的に: )	

(⇒次ページの問3へお進みください。)

問3. あなた(患者様)の現在の活動状況についてお伺いします。それぞれ、あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

問3-1. 自宅内での歩行について

1 何もつかまらずに歩くことができる	2 壁や家具を伝われば歩くことができる
3 誰かと一緒に歩けば歩くことができる	4 杖や装身具などを使えば歩くことができる
5 ほとんど歩していない(歩くことはできない)	

問3-2. 身の回りの行為について

<食事>	
1 一人で食事ができる	2 一部助けを受けながら食事をしている
3 ほとんど助けを受けて食事をしている	

<入浴>

1 一人で入浴ができる	2 一部助けを受けながら入浴をしている
3 ほとんど助けを受けて入浴をしている	

<洗面>

1 一人で洗面ができる	2 一部助けを受けながら洗面をしている
3 ほとんど助けを受けて洗面をしている	

<トイレ>

1 一人でトイレができる	2 一部助けを受けながらトイレへ行く
3 ほとんど助けを受けてトイレへ行く	

<着替え>

1 一人で着替えができる	2 一部助けを受けながら着替えをしている
3 ほとんど助けを受けて着替えをしている	

<階段の昇り降り>

1 一人で階段の昇り降りができる	2 一部助けを受けながら階段の昇り降りをしている
3 ほとんど助けを受けて階段の昇り降りをしている	

<排泄管理>

1 一人でできる(尿がもれることはない)	2 時々失敗があるが毎日ではない
3 ほぼ毎日失敗がある	

(⇒次ページへお進みください。)

<排便管理>

1 一人でできる(便がもれることはない)	2 時々失敗があるが毎日ではない
3 ほとんど毎日失敗がある(又は薬座や浣腸をしてもらう)	

問3-3. 家事(炊事、洗濯、掃除など)について

1 一人で家事ができる	2 一部助けを受けながら家事をしている
3 ほとんど助けを受けて家事をしている	4 家事をしない

問3-4. 外出の状況について

1 ほぼ毎日外出する	2 週3回以上外出する	3 週1回以上外出する
4 ほとんど外出しない		

問3-5. 外出時の介護について

1 外出時には介護が必要	2 外出時に介護者は必要ない
--------------	----------------

問3-6. 日中の体を動かす程度について

1 良く体を動かしている	2 座っていることが多い
3 時々横になっている	4 ほとんど横になっている

問4. リハビリテーションを始めた時の生活と現在の状況とを比較して、どの程度のことが出来るようになりましたか。それぞれあてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

問4-1. 運動について

1 以前よりも楽に運動ができるようになった	2 以前と同じように運動ができる
3 以前ほどではないが、運動ができる(→問4-1-1へお進みください)	4 以前のように運動ができない、又は、運動すべきてないと言われた(→問4-1-1へお進みください)
5 治療開始前から運動していない	

問4-1-1:(上記の問4-1で「3」又は「4」とご回答の方へ)

運動について、どのような変化がありましたか。

1 職場・職種を変えた	2 退職した
3 その他(具体的に: )	

(⇒次ページの問4-2へお進みください。)

問4-2. 仕事について

1 以前よりも楽に仕事ができるようになった	2 以前と同じように仕事ができる
3 以前ほどではないが、仕事ができる(→問4-2-1へお進みください)	4 以前のように仕事ができない、又は、仕事をすべきてないと言われた(→問4-2-1へお進みください)
5 治療開始前から仕事を行っていない	

問4-2-1:(上記の問4-2で「3」又は「4」とご回答の方へ)

仕事について、どのような変化がありましたか。

1 職場・職種を変えた	2 仕事量を減らした	3 退職した
-------------	------------	--------

問4-3. スポーツについて

1 以前よりもスポーツができるようになった	2 以前と同じようにスポーツができる
3 以前ほどではないが、スポーツができる	4 以前のようにスポーツはできない
5 治療開始前からスポーツを行っていない	

問5. この調査票をお渡した病院・診療所から、これまでどのような説明や指導を受けましたか。あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください

問5-1. リハビリテーションの計画・目標・具体的な内容についての説明

1 リハビリテーション開始時にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
2 リハビリテーション期間中にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
3 リハビリテーション終了直前にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
4 説明は受けていない
5 わからない

問5-2. 生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明

1 リハビリテーション開始時に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
2 リハビリテーション期間中に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
3 リハビリテーション終了直前に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
4 説明は受けていない
5 わからない

(⇒次ページの問5-3へお進みください。)

問5-3. 介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明

- 1 リハビリテーション開始時に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 2 リハビリテーション期間中に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 3 リハビリテーション終了直前に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 4 説明は受けていない
- 5 わからない

問6. この調査票をお渡した病院・診療所ではどのようなリハビリテーションの訓練を受けましたか。あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。  
そのうち、実際の日常生活にとても役立っていると感じたものには、あてはまる番号を◎(ニジウマル)で囲んでください。

問6-1. 日常生活活動に関する訓練

- |      |             |      |
|------|-------------|------|
| 1 洗面 | 2 着替え       | 3 調理 |
| 4 食事 | 5 トイレ(用を足す) | 6 入浴 |

問6-2. 歩行に関する訓練

- 1 平行棒を使った歩行
- 2 歩行器や杖など補助具を使った歩行
- 3 訓練室での歩行
- 4 病棟内での歩行(トイレへの移動や階段昇降)
- 5 屋外での歩行

問6-3. その他の訓練

- 1 退院前の自宅への一時外泊
- 2 つえや車椅子などの福祉用具の選択や使用方法についての指導・訓練
- 3 ストレッチ体操
- 4 筋力トレーニング
- 5 転倒防止訓練

(⇒次ページの問7へお進みください。)

問7. 今後、あなた(患者様)が予定されている生活場所(又は現在生活している場所)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。

- 1 この調査票を受け取った病院・診療所に引き続き入院する
- 2 他の病院や診療所(医療保険)に転院する予定である(又は転院した)
- 3 介護老人保健施設に入所する予定である(又は入所した)
- 4 介護療養型医療施設に入院する予定である(又は入院した)
- 5 特別養護老人ホームに入所する予定である(又は入所した)
- 6 自宅で過ごす予定である(又は自宅で過ごしている)(⇒問7-1へお進みください)
- 7 職業リハビリテーション施設に入所する予定である(又は入所した)
- 8 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)

問7-1:(上記の問7で「6」とご回答の方へ)

自宅で過ごすとお答えいただいた方について、今後予定されていることで、次のうちあてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。

- 1 就労(復職・再就職)する予定である(又は復職している)
- 2 就学(復学)する予定である(又は復学している)
- 3 その他(具体的に: )

(⇒次ページの問8へお進みください。)

問8. 今後、あなた(患者様)が予定している(又は受けている)リハビリテーション等について、あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。(週\_\_回とあるものを選ぶ場合には回数を数字でご記入ください。)

- 1 施設に入院(入所)する予定である(又は入院(入所)している)  
あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。  
1 医療施設(調査票を手渡された医療施設)  
2 医療施設(その他の医療施設)  
3 老人保健施設  
4 介護療養型医療施設  
5 特別養護老人ホーム  
6 職業リハビリテーション施設  
7 その他(具体的に: )
- 2 通院(通所)してリハビリテーション【医療保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回  
あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。  
1 医療施設(調査票を手渡された医療施設)  
2 医療施設(その他の医療施設)
- 3 通院(通所)してリハビリテーション【介護保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 4 理学療法士等に訪問してもらい、リハビリテーション【医療保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 5 理学療法士等に訪問してもらい、リハビリテーション【介護保険】を受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 6 就労(復職・再就職)や就学(復学)をしながらリハビリテーションを受ける予定である(又は受けている)  
週\_\_回
- 7 リハビリテーション以外の治療のために、入院又は通院する予定である(又は入院・通院している)
- 8 地域活動に参加するなど友人と一緒に運動等を実施する予定である(又は実施している)
- 9 自分自身で運動等を実施する予定である(又は実施している)
- 10 リハビリテーションや運動等を行う予定はない
- 11 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)

問8-1:(上記の問8で「1」「2」「3」「4」「5」「6」のいずれかにご回答の方へ)

あなた(患者様)はリハビリテーションを行うことで何を望んでいますか。あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。

- 1 痛みを取りたい
- 2 もう少し歩けるようになりたい
- 3 転ばないようにしたい
- 4 職場、家庭の仕事、学校、部活動やスポーツなどに早く復帰したい
- 5 現在の日常生活の動作や活動を保ちたい(悪くならないようにしたい)
- 6 その他(具体的に: )

(⇒次ページの問9へお進みください。)

問9. 本調査又はリハビリテーションについて、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)

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。  
この調査票を同封の返信用封筒に入れ、平成19年1月12日迄にご返送ください。

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  
 患者調査票（呼吸器リハビリテーション）

○ この調査票は、リハビリテーションを受けていた(受けている)患者様の状況について、患者様ご自身、ご家族又は付添人の方がご記入ください。

○ 調査票は全部で 9 ページあります。

ご回答日（数字をご記入ください）	平成____年____月____日
ご回答者（あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください）	1 ご本人 2 ご家族（付添人を含む）

問1. あなた(患者様)の性別についてお伺いします。

患者様の性別 (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
患者様の生年月日(あてはまる元号を 1 つだけ○(マル)で囲み、数字をご記入ください)	(明治・大正・昭和・平成)____年____月____日

問2. あなた(患者様)の現在の介護の状態についてお伺いします。あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください。

1 介護の必要はない 2 介護の必要があるが、一人暮らしであり、介護者はいない 3 介護の必要があつて、家族と暮らししており、家族が介護してくれる 4 介護の必要があり家族と暮らししているが、家族は仕事・病気等のために介護ができない 5 家族以外の介護者がある（→問 2-1 へお進みください）
---

問 2-1:(上記の間 2 で「5」とご回答の方へ)

以下のどれにあてはまりますか。あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲み、( ) 内に回数を数字でお答えください。

1 介護施設等に入室している 2 訪問介護（ホームヘルパーによるサービス）を受けている 週(____)回 3 その他(具体的に:____)
---

(⇒次ページの間 3 へお進みください。)

<着替え>

1 一人で着替えができる 2 一部助けを受けながら着替えをしている 3 ほとんど助けを受けて着替えをしている
---

<リハビリテーションを始めてから、着替え時の息切れの度合いはどのように変化したか>

1 減った 2 変わらない 3 増えた 4 息切れはない
---------------------------------

<階段の昇り降り>

1 一人で階段の昇り降りができる 2 一部助けを受けながら階段の昇り降りをしている 3 ほとんど助けを受けて階段の昇り降りをしている
--

<リハビリテーションを始めてから、階段の昇り降り時の息切れの度合いはどのように変化したか>

1 減った 2 変わらない 3 増えた 4 息切れはない
---------------------------------

<排尿管理>

1 一人でできる（尿がもれることはない） 2 時々失敗があるが毎日ではない 3 ほぼ毎日失敗がある
--

<リハビリテーションを始めてから、排尿管理時の息切れの度合いはどのように変化したか>

1 減った 2 変わらない 3 増えた 4 息切れはない
---------------------------------

<排便管理>

1 一人でできる（便がもれることはない） 2 時々失敗があるが毎日ではない 3 ほとんど毎日失敗がある（又は座薬や浣腸をしよう）
---

<リハビリテーションを始めてから、排便管理時の息切れの度合いはどのように変化したか>

1 減った 2 変わらない 3 増えた 4 息切れはない
---------------------------------

(⇒次ページの間 3-3 へお進みください。)

問3. あなた(患者様)の現在の活動状況についてお伺いします。それぞれ、あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください。

問3-1. 自宅内での歩行について

1 何もつかまらずに歩くことができる 2 壁や家具を伝われば歩くことができる 3 誰かと一緒にあれば歩くことができる 4 杖や装身具などを使えば歩くことができる 5 ほとんど歩いていない（歩くことはできない）
---

問3-2. 身の回りの行為について

<食事>

1 一人で食事ができる 2 一部助けを受けながら食事をしている 3 ほとんど助けを受けて食事をしている
--

<リハビリテーションを始めてから、食事時の息切れの度合いはどのように変化したか>

1 減った 2 変わらない 3 増えた 4 息切れはない
---------------------------------

<入浴>

1 一人で入浴ができる 2 一部助けを受けながら入浴をしている 3 ほとんど助けを受けて入浴をしている
--

<リハビリテーションを始めてから、入浴時の息切れの度合いはどのように変化したか>

1 減った 2 変わらない 3 増えた 4 息切れはない
---------------------------------

<洗面>

1 一人で洗面ができる 2 一部助けを受けながら洗面をしている 3 ほとんど助けを受けて洗面をしている
--

<リハビリテーションを始めてから、洗面時の息切れの度合いはどのように変化したか>

1 減った 2 変わらない 3 増えた 4 息切れはない
---------------------------------

<トイレ>

1 一人でトイレができる 2 一部助けを受けながらトイレへ行く 3 ほとんど助けを受けてトイレへ行く
---

<リハビリテーションを始めてから、トイレ時の息切れの度合いはどのように変化したか>

1 減った 2 変わらない 3 増えた 4 息切れはない
---------------------------------

(⇒次ページへお進みください。)

問3-3. 家事(炊事、洗濯、掃除など)について

1 一人で家事ができる 2 一部助けを受けながら家事をしている 3 ほとんど助けを受けて家事をしている 4 家事をしない
---

問3-4. 外出の状況について

1 ほぼ毎日外出する 2 週3回以上外出する 3 週1回以上外出する 4 ほとんど外出しない
---

問3-5. 外出時の介護について

1 外出時には介護者が必要 2 外出時に介護者は必要ない
------------------------------

問3-6. 日中の体を動かす程度について

1 良く体を動かしている 2 座っていることが多い 3 時々横になっている 4 ほとんど横になっている
--

問4. リハビリテーションを始めた時の生活と現在の状況と比較して、どの程度のことが出来るようになりましたか。それぞれあてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください。

問4-1. 通勤手段について

1 車 2 電車 3 歩行 4 自転車
------------------------

問4-2. 通勤について

1 以前よりも楽に通勤ができるようになった 2 以前と同じように通勤ができる 3 以前ほどではないが、通勤ができる（→問4-2-1へお進みください） 4 以前のように通勤ができない、又は、通勤すべきでないと言われた（→問4-2-1へお進みください） 5 治療開始前から通勤していない
---

問4-2-1:(上記の間 4-2 で「3」又は「4」とご回答の方へ)

通勤について、どのような変化がありましたか。

1 職場・職種を変えた 2 退職した 3 その他(具体的に:____)
--

(⇒次ページの間 4-3 へお進みください。)

問 4-3. 仕事について

- 1 以前よりも楽に仕事ができるようになった
- 2 以前と同じように仕事ができる
- 3 以前ほどではないが、仕事ができる (→問 4-3-1 へお進みください)
- 4 以前のように仕事ができない、又は、仕事をすべきでないと言われた (→問 4-3-1 へお進みください)
- 5 治療開始前から仕事をやっていない

→ 問 4-3-1: (上記の問 4-3 で「3」又は「4」とご回答の方へ)

仕事について、どのような変化がありましたか。

- |             |            |        |
|-------------|------------|--------|
| 1 職場・職種を変えた | 2 仕事量を減らした | 3 退職した |
|-------------|------------|--------|

問 4-4. スポーツについて

- |                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| 1 以前よりもスポーツができるようになった | 2 以前と同じようにスポーツができる |
| 3 以前ほどではないが、スポーツができる  | 4 以前のようにスポーツはできない  |
| 5 治療開始前からスポーツを行っていない  |                    |

問 5. この調査票をお渡した病院・診療所から、これまでどのような説明や指導を受けましたか。あてはまる番号を 1 つだけ○(マル)で囲んでください

問 5-1. リハビリテーションの計画・目標・具体的な内容についての説明

- 1 リハビリテーション開始時にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
- 2 リハビリテーション期間中にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
- 3 リハビリテーション終了直前にリハビリテーションの計画や目標、具体的な内容についての説明を受けた
- 4 説明は受けていない
- 5 わからない

問 5-2. 生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明

- 1 リハビリテーション開始時に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
- 2 リハビリテーション期間中に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
- 3 リハビリテーション終了直前に、生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明を受けた
- 4 説明は受けていない
- 5 わからない

(⇒次ページの問 5-3 へお進みください。)

問 5-3. 介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明

- 1 リハビリテーション開始時に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 2 リハビリテーション期間中に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 3 リハビリテーション終了直前に、介護保険サービスによるリハビリテーションについての説明を受けた
- 4 説明は受けていない
- 5 わからない

問 6. この調査票をお渡した病院・診療所ではどのようなリハビリテーションの訓練を受けましたか。あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。そのうち、実際の日常生活にとても役立っていると感じたものには、あてはまる番号を◎(ニジユウマル)で囲んでください。

問 6-1. 日常生活活動に関する訓練

- |      |              |      |
|------|--------------|------|
| 1 洗面 | 2 着替え        | 3 調理 |
| 4 食事 | 5 トイレ (用を足す) | 6 入浴 |

問 6-2. 歩行に関する訓練

- 1 平行棒を使った歩行
- 2 歩行器や杖など補助具を使った歩行
- 3 訓練室での歩行
- 4 病棟内での歩行 (トイレへの移動や階段昇降)
- 5 屋外での歩行

問 6-3. 疾患別の訓練

- |           |            |                           |
|-----------|------------|---------------------------|
| 1 ストレッチ体操 | 2 筋力トレーニング | 3 転倒防止訓練                  |
| 4 呼吸法     | 5 排便       | 6 持久力トレーニング (自転車エルゴメーター等) |

問 6-4. その他の訓練

- 1 退院前の自宅への一時外泊
- 2 つえや車椅子などの福祉用具の選択や使用方法についての指導・訓練
- 3 その他 (具体的に: )

(⇒次ページの問 7 へお進みください。)

問 7. 今後、あなた(患者様)が予定されている生活場所(又は現在生活している場所)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。

- 1 この調査票を受け取った病院・診療所に引き続き入院する
- 2 他の病院や診療所 (医療保険) に転院する予定である (又は転院した)
- 3 介護老人保健施設に入所する予定である (又は入所した)
- 4 介護療養型医療施設に入所する予定である (又は入所した)
- 5 特別養護老人ホームに入所する予定である (又は入所した)
- 6 自宅で過ごす予定である (又は自宅で過ごしている) (→問 7-1 へお進みください)
- 7 職業リハビリテーション施設に入所する予定である (又は入所した)
- 8 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)

→ 問 7-1: (上記の問 7 で「6」とご回答の方へ)

自宅で過ごすとお答えいただいた方について、今後予定されていることで、次のうちあてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1 就労(復職・再就職)する予定である (又は復職している) |
| 2 就学(復学)する予定である (又は復学している)     |
| 3 その他 (具体的に: )                 |

(⇒次ページの問 8 へお進みください。)

問 8. 今後、あなた(患者様)が予定している(又は受けている)リハビリテーション等について、あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。(週 回とあるものを選ぶ場合には回数も数字でご記入ください。)

- 1 施設に入院(入所)する予定である(又は入院(入所)している)
 

あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください	1 医療施設 (調査票を手渡された医療施設)
	2 医療施設 (その他の医療施設)
	3 老人保健施設
	4 介護療養型医療施設
	5 特別養護老人ホーム
	6 職業リハビリテーション施設
	7 その他 (具体的に: )
- 2 通院 (通所) してリハビリテーション【医療保険】を受ける予定である(又は受けている)
 

あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください	1 医療施設 (調査票を手渡された医療施設)
	2 医療施設 (その他の医療施設)
- 3 通院 (通所) してリハビリテーション【介護保険】を受ける予定である(又は受けている)
 

週 回	
-----	--
- 4 理学療法士等に訪問してもらい、リハビリテーション【医療保険】を受ける予定である(又は受けている)
 

週 回	
-----	--
- 5 理学療法士等に訪問してもらい、リハビリテーション【介護保険】を受ける予定である(又は受けている)
 

週 回	
-----	--
- 6 就労 (復職・再就職) や就学 (復学) をしながらリハビリテーションを受ける予定である(又は受けている)
 

週 回	
-----	--
- 7 リハビリテーション以外の治療のために、入院又は通院する予定である(又は入院・通院している)
- 8 地域活動に参加するなど友人と一緒に運動等を実施する予定である(又は実施している)
- 9 自分自身で運動等を実施する予定である(又は実施している)
- 10 リハビリテーションや運動等を行う予定はない
- 11 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)

→ 問 8-1: (上記の問 8 で「1」「2」「3」「4」「5」「6」のいずれかにご回答の方へ)

あなた(患者様)はリハビリテーションを行うことで何を望んでいますか。あてはまる番号を全て○(マル)で囲んでください。

- 1 痛みを取りたい
- 2 もう少し歩けるようになりたい
- 3 転ばないようにしたい
- 4 職場、家庭の仕事、学校、部活動やスポーツなどに早く復帰したい
- 5 現在の日常生活の動作や活動を保ちたい (悪くならないようにしたい)
- 6 その他 (具体的に: )

(⇒次ページの問 9 へお進みください。)

191

192

問9. 本調査又はリハビリテーションについて、ご意見等ございましたら、自由にご記入ください。

(自由記述欄)

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。  
この調査票を同封の返信用封筒に入れ、平成19年1月12日迄にご返送ください。