

## 平成18年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査

### 調 査 票

- 保険医療機関等における医療費の内容が分かる明細書の発行状況調査・・・1ページ
- 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・・・・・・・・・・5ページ  
(施設調査票(共通票)、施設向け患者調査票、患者調査票)
- 後発医薬品の使用状況調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44ページ
- 歯科診療における文書提供に対する患者意識調査・・・・・・・・・・・・46ページ  
(医療機関調査票、患者調査票)

(注) 本資料においては実際に送付した調査票を70%に縮小している。

保険医療機関等における医療費の内容が分かる明細書の発行状況調査 **病院用**

※回答の際には、**あてはまる番号を○(マル)で囲んでください**。また、( )内には**具体的な数値、用語等**をご記入ください。( )内に入らない場合は、「0(ゼロ)」をご記入ください。

(1) 貴院の状況(平成18年10月現在)についてお聞きします。

開設主体 ※1つだけ選択	1. 国(厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等) 2. 公的医療機関(都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等) 3. 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合等) 4. 法人(公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人等) 5. 個人		
所在地(都道府県)	( ) 都・道・府・県	病床数	( ) 床
一日平均外来患者数 ※平成18年10月	( ) 人	事務職員数(常勤換算)	( ) 人
※事務職員とは、主に医療事務に携わる職員全てを指します。 ※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)でお答えください。 ■1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1ヶ月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1ヶ月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)			

(2) 領収証(個別の費用ごとに区分して記載されているもの)の発行状況についてお聞きします。

発行開始時期	※合計金額のみの領収証ではなく、個別の費用ごとに区分して記載されている領収証の発行開始時期をご記入ください	平成 昭和	( ) 年 ( ) 月
発行の方法	1. プリントで出力して発行    2. 手書きで発行    3. 1.と2.の両方		
1ヶ月間の発行件数 ※平成18年10月	外来	( ) 件	入院 ( ) 件
平成18年9月までの発行状況 ※1つだけ選択	1. 全ての患者さんに発行していた    2. 体制が未整備のため発行していなかった 3. 体制は未整備だが求めがあれば(手書きで)発行していた 4. その他 ( )		

(3) 患者さんから求めがあったときに発行に努めることとされている「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」についてお聞きします。貴院ではこの明細書を発行していますか。

1. 発行している	2. 発行していない
-----------	------------

質問(4)へお進みください

次ページの質問(5)へお進みください

(4) 「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」を発行している施設にお聞きします。

明細書の発行に関する患者さんへの周知方法 ※複数回答可 ※1.および2.に回答した方は、( )内に貼っている場所あるいは掲示している場所の数を記入してください	1. 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている .....▶ 貼っている場所 ( ) 箇所 2. 支払い窓口で明細書を発行している旨を掲示している .....▶ 掲示している場所 ( ) 箇所 3. 来院者にチラシ等を配布している 4. 特に何も周知していない 5. その他 ( )
具体的な周知内容 ※複数回答可	1. 明細書と領収証の違いが分かるように両者の見本などを示している 2. 明細書の具体的な内容を示している 3. 特に何も周知していない 4. その他 ( )

前ページから続きます

発行開始時期	平成 昭和	( ) 年 ( ) 月		
1ヶ月間の発行件数 ※平成18年10月	外来	( ) 件	入院	( ) 件
発行状況 ※1つだけ選択	1. 全ての患者さんに発行している 2. 希望があれば、希望した患者さんすべてに発行している 3. 希望があれば発行しているが、治療上の理由などで差し支えのある場合には発行を断ることもある 4. その他 ( )			
発行方法 ※1つだけ選択	1. レセプトと同じものを発行している 2. 専用の様式を作成し発行している 3. 手書きで発行している 4. その他 ( )			
費用徴収の方法 ※徴収している場合は、徴収方法(複数回答可)および金額についてもお答えください	1. 費用を徴収していない 2. 費用を徴収している .....▶ <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 1件ごとに徴収している⇒ ( ) 円/件</li> <li>2. 項目ごとに徴収している⇒ ( ) 円/項目</li> <li>3. その他 ( )</li> </ul>			
IT化の状況	医事会計システム導入の有無	1. あり	2. なし	
	オーダーリングシステム導入の有無	1. あり	2. なし	

(5) 「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」を発行していない施設にお聞きします。

※前ページの(3)で「2.発行していない」と回答した施設のみご記入ください。

明細書を発行しない理由 ※複数回答可	1. 事務負担が大きい    2. 希望する患者さんが少ない 3. 発行できる体制が整っていない(職員が少ない) 4. 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる) 5. その他 ( )
今までに患者さんから明細書の発行を求められたことはあるか ※1つだけ選択	1. 頻繁にある    2. たまにある 3. ほとんどない    4. まったくない
今後の方針 ※1つだけ選択	1. 発行する予定はない 2. 患者さんからの希望があれば発行する 3. 未定 4. その他 ( )

(6) 領収証や明細書の発行について、ご意見等がございましたらご記入ください。

--

保険医療機関等における医療費の内容が分かる明細書の発行状況調査 **診療所用**

※回答の際には、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に入る数値がない場合には、「0(ゼロ)」をご記入ください。

(1) 貴院の状況(平成18年10月現在)についてお聞きします。

開設主体 ※1つだけ選択	1. 国(厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等) 2. 公的医療機関(都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等) 3. 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合等) 4. 法人(公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人等) 5. 個人		
所在地(都道府県)	( )部・道・府・県	施設区分 ※有床の場合は病床数も記入	1. 無床診療所 2. 有床診療所⇒( )床
一日平均外来患者数 ※平成18年10月	( )人	事務職員数(常勤換算)	( )人

※事務職員とは、主に医療事務に係わる職員全てを指します。  
 ※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)でお答えください。  
 ■1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)  
 ■1ヶ月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1ヶ月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

(2) 領収証(個別の費用ごとに区分して記載されているもの)の発行状況についてお聞きします。

発行開始時期	※合計金額のみの領収証ではなく、個別の費用ごとに区分して記載されている領収証の発行開始時期をご記入ください		平成 昭和	( )年( )月
発行の方法	1. プリンタで出力して発行    2. 手書きで発行    3. 1.と2.の両方			
1ヶ月間の発行件数 ※平成18年10月	外来	( )件	入院	( )件
平成18年9月までの発行状況 ※1つだけ選択	1. 全ての患者さんに発行していた    2. 体制が未整備のため発行していなかった 3. 体制は未整備だが求めがあれば(手書きで)発行していた 4. その他( )			

(3) 患者さんから求めがあったときに発行に努めることとされている「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」についてお聞きします。貴院ではこの明細書を発行していますか。

1. 発行している	2. 発行していない
質問(4)へお進みください	次ページの質問(5)へお進みください

(4) 「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」を発行している施設にお聞きします。

明細書の発行に関する患者さんへの周知方法 ※複数回答可 ※1.および2.に回答した方は、( )内に貼っている場所あるいは掲示している場所の数をご記入ください	1. 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている .....→ 貼っている場所( )箇所 2. 支払い窓口に明細書を発行している旨を掲示している .....→ 掲示している場所( )箇所 3. 来院者にチラシ等を配布している 4. 特に何も周知していない 5. その他( )
具体的な周知内容 ※複数回答可	1. 明細書と領収証の違いが分かるように両者の見本などを示している 2. 明細書の具体的な内容を示している 3. 特に何も周知していない 4. その他( )

次ページへ続きます

前ページから続きます

発行開始時期	平成 昭和	( )年( )月					
1ヶ月間の発行件数 ※平成18年10月	外来	( )件	入院	( )件			
発行状況 ※1つだけ選択	1. 全ての患者さんに発行している 2. 希望があれば、希望した患者さんすべてに発行している 3. 希望があれば発行しているが、治療上の理由などで差し支えのある場合には発行を断ることもある 4. その他( )						
発行方法 ※1つだけ選択	1. レセプトと同じものを発行している 2. 専用の様式を作成し発行している 3. 手書きで発行している 4. その他( )						
費用徴収の方法 ※徴収している場合は、徴収方法(複数回答可)および金額についてもお答えください	1. 費用を徴収していない 2. 費用を徴収している .....→ <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1. 1件ごとに徴収している⇒( )円/件</td> </tr> <tr> <td>2. 項目ごとに徴収している⇒( )円/項目</td> </tr> <tr> <td>3. その他( )</td> </tr> </table>				1. 1件ごとに徴収している⇒( )円/件	2. 項目ごとに徴収している⇒( )円/項目	3. その他( )
1. 1件ごとに徴収している⇒( )円/件							
2. 項目ごとに徴収している⇒( )円/項目							
3. その他( )							
IT化の状況	医事会計システム導入の有無	1. あり    2. なし					
	オーダリングシステム導入の有無	1. あり    2. なし					

(5) 「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」を発行していない施設にお聞きします。

※前ページの(3)で「2.発行していない」と回答した施設のみご記入ください。

明細書を発行しない理由 ※複数回答可	1. 事務負担が大きい    2. 希望する患者さんが少ない 3. 発行できる体制が整っていない(職員がいない) 4. 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる) 5. その他( )			
今までに患者さんから明細書の発行を求められたことはあるか ※1つだけ選択	1. 頻繁にある    2. たまにある 3. ほとんどない    4. まったくない			
今後の方針 ※1つだけ選択	1. 発行する予定はない 2. 患者さんからの希望があれば発行する 3. 未定 4. その他( )			

(6) 領収証や明細書の発行について、ご意見等がございましたらご記入ください。

保険医療機関等における医療費の内容が分かる明細書の発行状況調査 **歯科診療所用**

※回答の際には、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に入る数値がない場合には、「0(ゼロ)」をご記入ください。

(1) 貴院の状況(平成18年10月現在)についてお聞きします。

開設主体 ※1つだけ選択	1. 国(厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等) 2. 公的医療機関(都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等) 3. 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合等) 4. 法人(公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人等) 5. 個人		
所在地(都道府県)	( )都・道・府・県	施設区分 ※有床の場合は病床数も記入	1. 無床診療所 2. 有床診療所⇒( )床
一日平均外来患者数 ※平成18年10月	( )人	事務職員数(常勤換算)	( )人

※事務職員とは、主に医療事務に係わる職員全てを指します。  
 ※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)でお答えください。  
 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)  
 ■1ヶ月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1ヶ月の勤務時間)÷(施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

(2) 領収証(個別の費用ごとに区分して記載されているもの)の発行状況についてお聞きします。

発行開始時期 ※合計金額のみの領収証ではなく、個別の費用ごとに区分して記載されている領収証の発行開始時期をご記入ください	平成( )年( )月
発行の方法	1. プリンタで出力して発行 2. 手書きで発行 3. 1.と2.の両方
1ヶ月間の発行件数 ※平成18年10月	外来 ( )件 入院 ( )件
平成18年9月までの発行状況 ※1つだけ選択	1. 全ての患者さんに発行していた 2. 体制が未整備のため発行していなかった 3. 体制が未整備だが求めがあれば(手書きで)発行していた 4. その他( )

(3) 患者さんから求めがあったときに発行に努めることとされている「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」についてお聞きします。貴院ではこの明細書を発行していますか。

1. 発行している	2. 発行していない
質問(4)へお進みください	次ページの質問(5)へお進みください

(4) 「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」を発行している施設にお聞きします。

明細書の発行に関する患者さんへの周知方法 ※複数回答可 ※1.および2.に回答した方は、( )内に貼っている場所あるいは掲示している場所の数をご記入ください	1. 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている .....▶ 貼っている場所( )箇所 2. 支払い窓口で明細書を発行している旨を掲示している .....▶ 掲示している場所( )箇所 3. 来院者にチラシ等を配布している 4. 特に何も周知していない 5. その他( )
具体的な周知内容 ※複数回答可	1. 明細書と領収証の違いが分かるように両者の見本などを示している 2. 明細書の具体的な内容を示している 3. 特に何も周知していない 4. その他( )

次ページへ続きます

前ページから続きます

発行開始時期	平成( )年( )月		
1ヶ月間の発行件数 ※平成18年10月	外来 ( )件	入院 ( )件	( )件
発行状況 ※1つだけ選択	1. 全ての患者さんに発行している 2. 希望があれば、希望した患者さんすべてに発行している 3. 希望があれば発行しているが、治療上の理由などで差し支えのある場合には発行を断ることもある 4. その他( )		
発行方法 ※1つだけ選択	1. レセプトと同じものを発行している 2. 専用の様式を作成し発行している 3. 手書きで発行している 4. その他( )		
費用徴収の方法 ※徴収している場合は、徴収方法(複数回答可)および金額についてもお答えください	1. 費用を徴収していない 2. 費用を徴収している .....▶ 1.1件ごとに徴収している⇒( )円/件 .....▶ 2. 項目ごとに徴収している⇒( )円/項目 3. その他( )		
IT化の状況	医事会計システム導入の有無	1. あり	2. なし
	オーダーリングシステム導入の有無	1. あり	2. なし

(5) 「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」を発行していない施設にお聞きします。

※前ページの(3)で「2.発行していない」と回答した施設のみご記入ください。

明細書を発行しない理由 ※複数回答可	1. 事務負担が大きい 2. 希望する患者さんが少ない 3. 発行できる体制が整っていない(職員がいない) 4. 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる) 5. その他( )
今までに患者さんから明細書の発行を求められたことはあるか ※1つだけ選択	1. 頻繁にある 2. たまにある 3. ほとんどない 4. まったくない
今後の方針 ※1つだけ選択	1. 発行する予定はない 2. 患者さんからの希望があれば発行する 3. 未定 4. その他( )

(6) 領収証や明細書の発行について、ご意見等がございましたらご記入ください。

--

保険医療機関等における医療費の内容が分かる明細書の発行状況調査 **保険薬局用**

※回答の際には、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に入る数値がない場合には、「0(ゼロ)」をご記入ください。

(1) 貴薬局の状況(平成18年10月現在)についてお聞きします。

所在地(都道府県名)	( )都・道・府・県	組織形態	1. 法人 2. 個人
職員数(常勤換算)	薬剤師 ( )人	その他(事務職員等)	( )人
※事務職員とは、主に医療事務に携わる職員全てを指します。 ※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)でお答えください。 ■1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1ヶ月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1ヶ月の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)			
調剤基本料※1つだけ選択	1. 調剤基本料(42点)	2. 調剤基本料(19点)	
基準調剤加算※1つだけ選択	1. 基準調剤加算1(10点)	2. 基準調剤加算2(30点)	3. 算定していない
主な処方せん発行医療機関 ※1つだけ選択	1. 病院 2. 診療所	1ヶ月間(平成18年10月)の 取り扱い処方せん枚数	( )枚

(2) 領収証(個別の費用ごとに区分して記載されているもの)の発行状況についてお聞きします。

発行開始時期	※合計金額のみの領収証ではなく、個別の費用ごとに区分して記載されている領収証の発行開始時期をご記入ください	平成 昭和 ( )年( )月
発行の方法	1. プリンタで出力して発行 2. 手書きで発行 3. 1.と2.の両方	
1ヶ月間の発行件数 ※平成18年10月	( )件	
平成18年9月までの 発行状況 ※1つだけ選択	1. 全ての患者さんに発行していた 2. 体制が未整備のため発行していなかった 3. 体制は未整備だが求めがあれば(手書きで)発行していた 4. その他( )	

(3) 患者さんから求めがあったときに発行に努めることとされている「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」についてお聞きします。貴薬局ではこの明細書を発行していますか。

1. 発行している	2. 発行していない
質問(4)へお進みください	次ページの質問(5)へお進みください

(4) 「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」を発行している薬局にお聞きします。

明細書の発行に関する患者さんへの周知方法 ※複数回答可 ※1.および2.に回答した方は、( )内に貼っている場所あるいは掲示している場所の数をご記入ください	1. 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている .....→ 貼っている場所( )箇所 2. 支払い窓口で明細書を発行している旨を掲示している .....→ 掲示している場所( )箇所 3. 来局者にチラシ等を配布している 4. 特に何も周知していない 5. その他( )
具体的な周知内容 ※複数回答可	1. 明細書と領収証の違いが分かるように両者の見本などを示している 2. 明細書の具体的な内容を示している 3. 特に何も周知していない 4. その他( )

前ページから続きます

発行開始時期	平成 昭和 ( )年( )月	1ヶ月の発行件数 ※平成18年10月	( )件
発行状況 ※1つだけ選択	1. 全ての患者さんに発行している 2. 希望があれば、希望した患者さんすべてに発行している 3. 希望があれば発行しているが、治療上の理由などで差し支えのある場合には発行を断ることもある 4. その他( )		
発行方法 ※1つだけ選択	1. レセプトと同じものを発行している 2. 専用の様式を作成し発行している 3. 手書きで発行している 4. その他( )		
費用徴収の方法 ※徴収している場合は、徴収方法(複数回答可)および金額についてもお答えください	1. 費用を徴収していない 2. 費用を徴収している .....→ 1. 1件ごとに徴収している⇒ ( )円/件 2. 項目ごとに徴収している⇒ ( )円/項目 3. その他( )		
IT化の状況 : 医事会計システム導入の有無	1. あり		2. なし

(5) 「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」を発行していない薬局にお聞きします。

※前ページの(3)で「2.発行していない」と回答した施設のみご記入ください。

明細書を発行しない理由 ※複数回答可	1. 事務負担が大きい 2. 希望する患者さんが少ない 3. 発行できる体制が整っていない(職員がいない) 4. 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる) 5. その他( )	
今までに患者さんから明細書の発行を求められたことはあるか ※1つだけ選択	1. 頻繁にある 2. たまにある 3. ほとんどない 4. まったくない	
今後の方針 ※1つだけ選択	1. 発行する予定はない 2. 患者さんからの希望があれば発行する 3. 未定 4. その他( )	

(6) 領収証や明細書の発行について、ご意見等がございましたらご記入ください。

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。

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	国等	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	
	公的医療機関	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	
	社会保険関係団体	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	
	医療法人	19 公益法人 20 医療法人 21 学校法人	
	個人 その他	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	

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 以下に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 以下に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 以下に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 以下に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
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	うち算定日数上限前に終了	_____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
	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
	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
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	
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	

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 ケ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 <sup>2</sup>	
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 <sup>2</sup>	
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が、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: _____)

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が、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 <sup>2</sup>	
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 <sup>2</sup>	
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が、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（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 <sup>2</sup>	
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 <sup>2</sup>	
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（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 <sup>2</sup>	
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 <sup>2</sup>	
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：\_\_\_\_\_）

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。

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 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 つだけ○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 つだけ○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 つだけ○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 つだけ○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	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日
心大血管疾患リハビリテーション料(II)	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日
摂食機能療法	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日
ADL 加算	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____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 持久カトレーニング	2 筋力トレーニング	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
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	4 禁煙指導	5 カウンセリング	
	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 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 心臓ドレナージ
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。

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。

- 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
- 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
- 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
- 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
- 失語症
- 失認症及び失行症
- 高次脳機能障害
- 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害
- 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害
- 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、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

(⇒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 <small>あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください</small>	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 <small>あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください</small>	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 大腿骨、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 大腿骨、骨盤、脊椎、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	
7 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者 <small>あてはまる場合は○で囲んでください</small>	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。)

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
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の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
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
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日
摂食機能療法	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日
ADL 加算	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____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	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
あてはまる番号を全て○で囲んでください	
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
5	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	食事
5	排泄
6	入浴
7	その他
6	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	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

(⇒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
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 介護老人保健施設を紹介した</li> <li>2 介護療養型医療施設を紹介した</li> <li>3 特別養護老人ホームを紹介した</li> <li>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</li> <li>5 通所リハビリテーションを紹介した</li> <li>6 通所介護（デイサービス）を紹介した</li> <li>7 その他（具体的に：_____）</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 入院によるリハビリテーションを紹介した</li> <li>2 通院によるリハビリテーションを紹介した</li> <li>3 訪問によるリハビリテーションを紹介した</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 心大血管疾患リハビリテーション料</li> <li>2 脳血管疾患等リハビリテーション料</li> <li>3 呼吸器リハビリテーション料</li> <li>4 運動器リハビリテーション料</li> </ul>
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。

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（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。

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・靭帯、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（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のもの
慢性的運動器疾患により、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 関節の変性疾患 5 関節の炎症性疾患 6 熱傷痕による関節拘縮 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 <small>あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください</small>	1 失語症      2 失認症      3 失行症
2 高次脳機能障害	
3 重度の頸髄損傷	
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 <small>あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください</small>	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 大腿骨、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 大腿骨、骨盤、脊椎、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 <small>あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください</small>	1 悪性関節リウマチ      2 関節リウマチ 3 突発性大腿骨頭壊死      4 広汎脊柱管狭窄症 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 <small>あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください</small>	1 脳性麻痺      2 脊椎の奇形及び障害 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
あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ol>
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 つだけ○で囲んでください	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>失語症, 失認症及び失行症, 高次脳機能障害を有する患者</li> <li>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</li> <li>顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者</li> <li>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</li> </ol>
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 つだけ○で囲んでください	<ol style="list-style-type: none"> <li>肺炎, 無気肺, その他の急性発症した呼吸器疾患の患者</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>
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 つだけ○で囲んでください	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ol>

(⇒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
運動器リハビリテーション料 (I)	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日
運動器リハビリテーション料 (II)	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日
ADL 加算	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 単位 ____ 日	____ 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 <small>あてはまる番号を全て○で囲んでください</small>	1 関節可動域訓練	2 筋力維持増強訓練
	3 リラクゼーション・ストレッチ	4 マッサージ
	5 頸腕体操	6 腰痛体操
	7 バランス・協調性訓練	8 全身調整訓練
	9 神経筋促通手技	
2 日常生活活動訓練 <small>あてはまる番号を全て○で囲んでください</small>	1 整容	2 更衣
	3 調理	4 食事
	5 排泄	6 入浴
	7 その他	
3 基本動作訓練 <small>あてはまる番号を全て○で囲んでください</small>	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）
4 実用歩行訓練 <small>あてはまる番号を全て○で囲んでください</small>	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	
5 物理療法 <small>あてはまる番号を全て○で囲んでください</small>	1 頸椎牽引	2 腰椎牽引
	3 ホットパック	4 SSP
	5 マイクロ波	6 干渉波
	7 過流浴	8 プーリー
	9 その他	
6 ADL訓練 <small>あてはまる番号を全て○で囲んでください</small>	1 床上動作訓練	2 座位・立位訓練
	3 歩行訓練（平行棒内歩行）	4 歩行訓練（応用歩行）
	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	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。

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（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。

- 肺炎
- 無気肺
- その他の急性発症した呼吸器疾患の患者
- 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
- 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 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 <small>あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください</small>	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 <small>あてはまる番号を 1 つだけ○で囲んでください</small>	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 大腿骨、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 大腿骨、骨盤、脊椎、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	
7 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者 <small>あてはまる場合は○で囲んでください</small>	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。)

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
あてはまる番号を1つ○で囲んでください	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ol>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性的の神経筋疾患の患者</li> <li>失語症、失認症及び失行症、高次脳機能障害を有する患者</li> <li>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</li> <li>顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者</li> <li>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</li> </ol>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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呼吸器疾患又はその手術後の患者</li> <li>関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の呼吸器疾患により、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</li> </ol>

(⇒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 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日
呼吸器リハビリテーション料(II)	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日
摂食機能療法	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日
ADL 加算	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____単位 ____日	____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	呼吸訓練
2	運動療法 あてはまる番号を全て○で囲んでください。→
	1 持久力トレーニング 2 筋力トレーニング
3	排痰訓練
4	禁煙指導
5	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 食事 5 排泄                            6 入浴 7 その他
6	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	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

(⇒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、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 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 介護老人保健施設を紹介した</li> <li>2 介護療養型医療施設を紹介した</li> <li>3 特別養護老人ホームを紹介した</li> <li>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</li> <li>5 通所リハビリテーションを紹介した</li> <li>6 通所介護（デイサービス）を紹介した</li> <li>7 その他（具体的に：_____）</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 入院によるリハビリテーションを紹介した</li> <li>2 通院によるリハビリテーションを紹介した</li> <li>3 訪問によるリハビリテーションを紹介した</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 心大血管疾患リハビリテーション料</li> <li>2 脳血管疾患等リハビリテーション料</li> <li>3 呼吸器リハビリテーション料</li> <li>4 運動器リハビリテーション料</li> </ul>
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。

## 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（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

<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。)

<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. 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 4-1-1 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 4-1-1 へお進みください) |
| 5 治療開始前から通勤していない                                     |

問 4-1-1:(上記の問 4-1 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  |                    |

(⇒次ページの問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                            |
| 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                |
| あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください | 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                        |
| 6                         | 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      |
|                           | 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っ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)
<small>あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください</small> 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 <small>あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください</small> 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:(上記の問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 転ばないようにになりたい
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。

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できる
- 3 誰かと一緒にで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

<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。)



<排便管理>

- 1 一人でできる (便がもらえることはない)
- 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. 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 4-1-1 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 4-1-1 へお進みください)
- 5 治療開始前から通勤していない

→ 問 4-1-1:(上記の問 4-1 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っ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 |

(⇒次ページの間 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: (上記の間 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「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。

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（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

<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。)

<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. 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 4-1-1 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 4-1-1 へお進みください）
- 5 治療開始前から通勤していない

問 4-1-1:(上記の問 4-1 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 4-2 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。)

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っ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 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 |

(⇒次ページの間 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:(上記の間 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 転ばないようにになりたい
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。

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。)



<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（又は座薬や浣腸をもらう） |                  |

<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 3-3. 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. 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行っていない

→ 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っ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. 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 排痰       | 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)	1 医療施設(調査票を手渡された医療施設)
2 医療施設(調査票を手渡された以外の医療施設)	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	
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 転ばないようにになりたい
- 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。

# 後発医薬品の使用状況調査

様式1

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に入る数値がない場合には、「0(ゼロ)」をご記入ください。

(1) 貴薬局の状況(平成18年10月現在)についてお聞きします。

ID

所在地(都道府県名)	( )都・道・府・県 ※○で囲んでください		
組織形態 ※法人の場合は、法人の形態に○をつけてください	1. 法人.....▶(1. 株式会社 2. 有限会社 3. 合資会社 4. 合名会社) 2. 個人		
職員数(常勤換算)	薬剤師 ( )人	その他(事務職員等) ( )人	
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)でお答えください。 ■1週間に放回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1ヶ月に放回勤務の場合:(非常勤職員の1ヶ月の勤務時間)÷(貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)			
調剤基本料※1つだけ選択	1. 調剤基本料(42点) 2. 調剤基本料(19点)		
基準調剤加算 ※1つだけ選択	1. 基準調剤加算1(10点) 2. 基準調剤加算2(30点) 3. 算定していない		
主な処方せん発行医療機関 ※1つだけ選択	1. 病院 2. 診療所		
特定の保険医療機関に係る処方せん割合(最も多いもの)	約( )%		

(2) 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお聞きします。平成18年10月における、「(ア)1ヶ月全体の取り扱い処方せん枚数」、および「(イ)うち、10月23日(月)~10月29日(日)の取り扱い処方せん枚数」について、それぞれ( )内に数値をご記入ください。

	平成18年10月	
	(ア)1ヶ月全体の取り扱い処方せん枚数	(イ)うち、10/23~10/29の取り扱い処方せん枚数
①すべての取り扱い処方せん枚数	( )枚	( )枚
②うち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん枚数	( )枚	( )枚
③うち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数(1品目でも変更した場合も含む)	( )枚	( )枚
④うち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん枚数	( )枚	( )枚
⑤「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等はあるが、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更することができない処方せん枚数	( )枚	( )枚

(3) 後発医薬品への対応状況についてお聞きします。(平成18年10月現在)

患者さんが後発医薬品への変更を希望したが、処方せんの「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がなかった場合、どのような対応をされましたか ※複数回答可	1. 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がなかったため、その旨を患者さんに説明の上、変更しなかった 2. 処方医に照会し、了解を得て変更した 3. 処方医に照会したが、了解が得られず変更しなかった 4. その他( ) 5. 設問のようなケースはなかった
患者さんが後発医薬品への変更を希望したが、患者さんが希望する後発医薬品の備蓄がなかった場合、どのような対応をされましたか ※複数回答可 ※2に○をつけた場合は、その後の状況についても○をつけてください	1. 患者さんが希望する後発医薬品の備蓄がなかったため、その旨を患者さんに説明し、変更しなかった 2. 患者さんが希望する後発医薬品の備蓄がなかったため、直ちに手配し、変更した .....▶ (1. 後刻、患者宅等に届けた 2. 後刻、来局いただいた) 3. その他( ) 4. 設問のようなケースはなかった

前ページから続きです

「後発医薬品へ変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんを持参した患者さんに対して、後発医薬品への変更に関する説明をしますか ※1つだけ選択	1. すべての患者さんに説明できている 2. ほぼすべての患者さんに説明できている 3. ほとんどの患者さんに説明できていない		
患者1人あたりの.....▶患者さんが後発医薬品を選択した場合.....▶	約( )分		
平均説明時間数.....▶患者さんが後発医薬品を選択しなかった場合.....▶	約( )分		
※おおよその時間数で結構ですので、お答えをお願いいたします。			
貴薬局が後発医薬品を採用する際に重視している事項 ※複数回答可	1. 医療用医薬品品質情報集(オレンジブック)に収載されている医薬品 2. 溶出性以外の科学的データの揃っている医薬品 3. 適応症 4. 剤形等の付加価値のある医薬品 5. 取引医薬品卸での取り扱いの有無 6. 入手、納品に要する時間 7. 安定供給 8. 全規格の有無(品揃え) 9. 小包装品の有無 10. メーカーによる情報提供の体制 11. メーカーの規模・知名度 12. 薬剤師会からの情報 13. 薬価の低い医薬品 14. その他( )		
	医薬品の備蓄状況	全品目	うち、後発医薬品
※平成17年10月および平成18年10月の状況についてそれぞれお答えください	平成17年10月	約( )品目	約( )品目
	平成18年10月	約( )品目	約( )品目

(4) 後発医薬品へ変更した場合の、保険医療機関への情報提供についてお聞きします。

後発医薬品へ変更した場合の銘柄等情報の医療機関への情報提供について	情報提供の方法 ※複数回答可	1. 郵送 2. 電話 3. FAX 4. 電子メール 5. 患者さんを通じて(薬剤情報提供文書) 6. 患者さんを通じて(お薬手帳) 7. 対象保険医療機関へ直接訪問 8. その他( )
	情報提供の頻度 ※複数回答可	1. 毎日 2. 週単位 3. 月単位 4. 次回受診時まで 5. その他( )
情報提供方法・頻度について保険医療機関側から受けた要望・苦情など ※ありの場合は、具体的な内容もご記入ください	1. なし 2. あり .....▶ 具体的な内容	

(5) 後発医薬品の使用促進にあたっての問題点・課題等についてのご意見、ご要望などがございましたら、自由にご記入ください。

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。

※様式2のご記入もよろしくお願いいたします。

# 後発医薬品の使用状況調査

様式2

- 平成18年10月23日（月）から29日（日）までの1週間の状況をご記入ください。
- 「後発医薬品へ変更可」欄に処方医の署名等があり、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん（1品目でも変更した場合を含む）についてご記入ください
- 上記の処方せんについて、1から番号を振り、「処方せん番号（NO.）」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。（下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式1の（2）③の項「（イ）うち、10/23～10/29の取り扱い処方せん枚数」欄の枚数と同じであることを確認してください。）
- 各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄により調剤した場合の薬剤料を（A）欄に、また、実際に（後発医薬品へ変更して）調剤した薬剤料を（B）欄にご記入ください。薬剤料は処方せん1枚ごと、単位は「点」でご記入ください。

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤 した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した 薬剤料 (B)
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤 した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した 薬剤料 (B)
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点
	点	点

※回答用紙が足りない場合には、大変恐縮ですが、本用紙をコピーしてお使いください。

※記入例(全3枚のうち1枚目の場合)  
 回答用紙 3 枚中 1 枚

歯科診療における文書提供に関する調査

＜本調査票は、事務担当の方がご記入ください＞

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内、および(2)の枠内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に入る数値がない場合には、「0(ゼロ)」をご記入ください。

(1) 貴施設の状況(平成18年11月現在)についてお聞きします。

所在地(都道府県名)	( ) 都・道・府・県 ※○で囲んでください。
開設主体 ※1つだけ選択	1. 国(厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等) 2. 公的医療機関(都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等) 3. 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合等) 4. 法人(公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人等) 5. 個人
標榜診療科(歯科関連) ※複数選択可	1. 歯科      2. 矯正歯科      3. 小児歯科      4. 歯科口腔外科
職員数(常勤換算)	歯科医師 ( )人      歯科衛生士 ( )人 受付秘書・歯科助手・その他 ( )人
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)でお答えください。 ■1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1ヶ月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1ヶ月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)	
届出施設基準 ※複数回答可	1. 補綴物維持管理科      2. 歯科疾患総合指導科1 3. 歯科疾患総合指導科2

(2) 歯科診療における文書提供に関するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。

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。

＜本調査票は、歯科医師の方がご記入下さい。＞

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内、および(2)の枠内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に入る数値がない場合には、「0(ゼロ)」をご記入ください。

(1) 1週間の総患者数、総診療時間数、文書作成に費やした時間についてお聞きします。平成18年11月15日(水)～21日(火)の期間における、それぞれの時間数を黒枠内にご記入ください。

- ※ 文書とは、各種指導料等を算定する場合に患者さんに情報提供するものを指し、領収証(明細書)は除きます。
- ※ 初診・再診合計の欄には、初診患者と再診患者の合計をご記入ください。休診日の患者数や時間数については、「0(ゼロ)」とご記入ください。文書作成を行わなかった日についても、作成時間は「0(ゼロ)」とご記入ください。
- ※ 時間数については、5分を最小単位として、整数でご記入下さい。

	11/15 (水)	11/16 (木)	11/17 (金)	11/18 (土)	11/19 (日)	11/20 (月)	11/21 (火)
総患者数	①初診人数	人	人	人	人	人	人
	②再診人数	人	人	人	人	人	人
	初診・再診合計 ※①と②の合計	人	人	人	人	人	人
	うち、文書を作成して 提供した総患者数	人	人	人	人	人	人
1日の総診療時間数(実働) ※7時間30分の場合は、上段に7、下段に30とご記入ください	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
	分	分	分	分	分	分	分
うち、文書作成に費やした総時間数	分	分	分	分	分	分	分

(2) 文書の作成方法や文書提供による診療への影響についてお聞きします。

文書作成方法 ※1つだけ選択	1. コンピュータ      2. コンピュータと手書き 3. 市販の様式に手書き      4. すべて手書き
文書提供による診療への影響	1. 患者さんへの指導や説明がより確実になくなった 2. 口頭での説明時間が減ったのでよかった      3. 患者さんの理解が以前より深まった 4. 実際の治療を行う時間が減った      5. 文書提供に時間がかかるため、1日の患者数が減った 6. 文書提供に時間がかかり、診療時間帯を延長した 7. 患者さんの待ち時間が長くなった      8. 文書の控への管理が大変になった      9. 特にない 10. その他 ( )
※複数回答可 ※その他と回答した場合には、具体的な内容についてもご記入ください	

(3) 歯科医師のお立場から見た、文書の提供を受けた患者さんの主な反応についてお聞きします。

治療に対する患者さんの満足度に変化は見られましたか ※1つだけ選択	1. 満足度は向上した      2. 満足度は少し向上した      3. 変わらない 4. 満足度は少し低下した      5. 満足度は低下した      6. わからない
治療内容に関する患者さんの理解は深まりましたか ※1つだけ選択	1. 理解度は向上した      2. 理解度は少し向上した      3. 変わらない 4. 理解度は少し低下した      5. 理解度は低下した      6. わからない
歯科疾患総合指導および継続管理診断に際して、自署を求められた時の患者さんの主な反応はいかがでしたか ※1つだけ選択	1. 自署を伴うこれらの指導は行っていない 2. すすんで自署した      3. 自署したが説明を求められた 4. 自署したがかなり消極的だった      5. 自署しなかった
患者さんの反応について、その他お気づきの点がありましたらご記入ください	※自由記述

(4) 歯科診療における文書提供に関するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。

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。

## 歯科診療における文書提供に関する調査

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内、および(2)の枠内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に入る数値がない場合には、「0(ゼロ)」をご記入ください。

(1) 貴施設の状況(平成18年11月現在)についてお聞きします。

所在地(都道府県名)	( ) 都・道・府・県 ※○で囲んでください。		
医療機関種別	1. 病院	2. 診療所	
開設主体 ※1つだけ選択	1. 国(厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等) 2. 公的医療機関(都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会等) 3. 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合等) 4. 法人(公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人等) 5. 個人		
標榜診療科(歯科関連) ※複数選択可	1. 歯科	2. 矯正歯科	3. 小児歯科 4. 歯科口腔外科
職員数(常勤換算)	歯科医師	( )人	歯科衛生士 ( )人
	受付秘書・歯科助手・その他	( )人	
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数(小数点以下四捨五入)でお答えください。 ■1週間に放回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1ヶ月に放回勤務の場合：(非常勤職員の1ヶ月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間 × 4)			
届出施設基準 ※複数回答可	1. 補綴物維持管理科	2. 歯科疾患総合指導科1	
	3. 歯科疾患総合指導科2		

(2) 1週間の総患者数、総診療時間数、文書作成に費やした時間についてお聞きします。平成18年11月15日(水)～21日(火)の期間における、それぞれの時間数を黒枠内にご記入ください。

※ 文書とは、各種指導料等を算定する場合に患者さんに情報提供するものを指し、領収証(明細書)は除きます。  
 ※ 初診・再診合計の欄には、初診患者と再診患者の合計をご記入ください。休診日の患者数や時間数については、「0(ゼロ)」とご記入ください。文書作成を行わなかった日についても、作成時間は「0(ゼロ)」とご記入ください。

		11/15 (水)	11/16 (木)	11/17 (金)	11/18 (土)	11/19 (日)	11/20 (月)	11/21 (火)
総患者数	①初診人数	人	人	人	人	人	人	人
	②再診人数	人	人	人	人	人	人	人
	初診・再診合計 ※①と②の合計	人	人	人	人	人	人	人
	うち、文書を作成して 提供した総患者数	人	人	人	人	人	人	人
1日の総診療時間数(実働) ※7時間30分の場合は、上段に7、下段に30とご記入ください		時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
うち、文書作成に費や した総時間数		分	分	分	分	分	分	分

※時間数については、5分を最小単位として、整数でご記入下さい。

次ページへ続きます

(3) 文書の作成方法や文書提供による診療への影響についてお聞きします。

文書作成方法 ※1つだけ選択	1. コンピュータ 2. コンピュータと手書き 3. 市販の様式に手書き 4. すべて手書き
文書提供による診療への影響  ※複数回答可 ※その他と回答した場合には、具体的な内容についてもご記入ください	1. 患者さんへの指導や説明がより確実にできるようになった 2. 口頭での説明時間が減ったのでよかった 3. 患者さんの理解が以前より深まった 4. 実際の治療を行う時間が減った 5. 文書提供に時間がかかるため、1日の患者数が減った 6. 文書提供に時間がかかり、診療時間帯を延長した 7. 患者さんの待ち時間が長くなった 8. 文書の控えの管理が大変になった 9. 特にない 10. その他 具体的な内容

(4) 歯科医師のお立場から見た、文書の提供を受けた患者さんの主な反応についてお聞きします。

治療に対する患者さんの満足度に変化は見られましたか ※1つだけ選択	1. 満足度は向上した 2. 満足度は少し向上した 3. 変わらない 4. 満足度は少し低下した 5. 満足度は低下した 6. わからない
治療内容に関する患者さんの理解は深まりましたか ※1つだけ選択	1. 理解度は向上した 2. 理解度は少し向上した 3. 変わらない 4. 理解度は少し低下した 5. 理解度は低下した 6. わからない
歯科疾患総合指導および継続管理診断に際して、自署を求められた時の患者さんの主な反応はいかがでしたか ※1つだけ選択	1. 自署を伴うこれらの指導は行っていない 2. すずんで自署した 3. 自署したが説明を求められた 4. 自署したがかなり消極的だった 5. 自署しなかった
患者さんの反応について、その他お気づきの点がありましたらご記入ください ※自由記述	

(5) 歯科診療における文書提供に関するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。

--

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。



# 歯科診療に対する患者意識調査

## アンケート用紙

以下のアンケートでお伺いする『説明書』とは、虫歯・歯周病・差し歯・入れ歯の治療を受ける患者様にお渡しするもので、治療計画や治療方法、家庭での歯みがき方法や入れ歯の手入れ方法などが記載されており、歯科医師から患者様に対して指導を行った際にお渡しすることになっています。

### ◎ ご記入方法

- このアンケートは、被保険者様ご自身がお答えください。（ご家族の状況についてお答えいただく必要はありません。）
- 回答の際には、あてはまる番号に○（マル）をつけてください。（ ）内には数値や用語をご記入ください。

【記入例】：あなたが 45 歳の男性の場合

(1) あなたの性別と年齢をお答えください。

性別  1. 男性      2. 女性      年齢 ( 45 ) 歳

- 質問によって、あてはまる番号1つだけに○をつけるもの、あてはまる番号すべてに○をつけるものがありますのでご注意ください。
- 回答選択肢の「その他」を選ばれた方は、その内容を具体的に（ ）内にご記入ください。
- 質問は（1）から（9）まであります。質問（4）で「1. 説明書もらった」と回答した方は、質問（5）以降の全ての質問にお答えください。質問（4）で「2. 文書はもらわなかった」もしくは「3. 覚えていない」と回答した方は、そこでアンケートは終了です。

### ◎ ご返送方法

- ご回答終了後、このアンケート用紙を同封の返信用封筒に入れ、12月28日（木）までに返送ください。（封筒に切手を貼る必要はありません。）

お忙しいところ恐縮ですが、何卒ご協力いただきますようお願い申し上げます。  
では、ページを開いて質問へお進みください。

(1) あなたの性別と年齢をお答えください。

性別  1. 男性      2. 女性      年齢 (      ) 歳

(2) あなたが現在受診している（あるいは過去4ヶ月以内に受診した）歯科医療機関について、所在地（都道府県名）と医療機関の種類をお答えください。医療機関の種類については、あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

※過去4ヶ月以内に複数の歯科医療機関を受診した場合には、いちばん最近に受診した医療機関についてお答えください。

所在地（都道府県名） (      ) 部・道・府・県

医療機関の種類  1. 歯科大学（歯学部）附属病院      2. 病院の歯科や口腔外科  
 3. 歯科医院（クリニック、診療所）

(3) あなたが歯科医療機関を受診した理由をお答えください。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. むし歯の治療       2. 歯周病の治療       3. ブリッジや入れ歯（義歯）  
 4. その他 (      )

(4) あなたが受診した際、治療内容（治療計画、治療方法、家庭で気をつけることなど）が記載された書類（以下では、『説明書』とよびます）をもらいましたか。あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 説明書もらった       2. 説明書はもらわなかった       3. 覚えていない

上の質問で「1. 説明書もらった」と回答した方は、(5)以降の質問にお答えください。

アンケートはここで終了です。

(5) どのような内容の説明書をもらいましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. むし歯や歯周病についての説明書       2. お口の状態についての説明書  
 3. 治療計画や治療方法についての説明書       4. 歯みがき方法についての説明書  
 5. ブリッジや入れ歯の手入れについての説明書  
 6. その他 (      )

(6) 説明書の内容はわかりやすかったですか。あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 大変わかりやすかった       2. わかりやすかった       3. どちらともいえない  
 4. わかりにくかった       5. 大変わかりにくかった

(7) 説明書に対して、あなたはどの程度満足していますか。あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 大変満足している      2. 満足している      3. どちらともいえない  
4. あまり満足していない      5. 満足していない(不満である)

上の質問で、「1. 大変満足している」「2. 満足している」と回答した方は、その理由を下記から選び、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

上の質問で、「4. あまり満足していない」「5. 満足していない(不満である)」と回答した方は、その理由を下記から選び、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

(8) 「説明書がよかった」

1. 歯や歯ぐきの状態が良く理解できたから
2. 治療内容や説明が良く理解できたから
3. 口頭での説明よりも良く理解できたから
4. 自宅での歯みがきや歯の手入れに役に立つから
5. 忘れないよう、何度でもくり返して読めるから
6. 自分で歯を大切に、健康を保ちたいという気持ちが高まったから
7. その他 {  
具体的に→

1. いつも同じような内容だから
2. 口頭での説明で十分だから
3. 説明書を作成する時間を、もっと治療時間に当ててほしかったから
4. 待ち時間が増えたから
5. 説明書を事務的に渡されただけで、口頭での説明が少なかったから
6. 説明書の内容が専門的で難しいから
7. 説明書の分量が多すぎるから
8. その他 {  
具体的に→

(8) 今後も、治療の際に説明書をもらいたいと思いますか。あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 今後も今と同じような説明書をもらいたい
2. 今後も今と同じような説明書をもらいたいが、2回目からは症状に大きな変化があったときだけでよい
3. 今後も説明書をもらいたいが、もっと簡単でわかりやすいものにしてほしい
4. 口頭での説明で十分なので、説明書をもらわなくてもよい

(9) 治療の際に説明書をもらうことについて、ご意見などございましたらお書きください。

※自由にご記入ください

質問は以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。  
このアンケート用紙を同封の返信用封筒に入れ、12月28日(木)までにご返送ください