

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	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
<small>※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)</small>			

(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 ()

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▶ <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> 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 () </div>			
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。

--

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。

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、厚生年金事業振興会、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	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 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 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。

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	1. 無床診療所 ※有床の場合は病床数も記入 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 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 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▶ 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. まったくはない
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。

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. まったくはない
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	
社会保険関係団体		12 国民健康保険団体連合会		
		13 全国社会保険協会連合会	14 厚生年金事業振興団	
		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	
医療法人個人 その他	医療法人	19 公益法人	20 医療法人	21 学校法人
		22 社会福祉法人	23 医療生協	24 会社
		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 いずれともいえない

（⇒問3へお進みください。）

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

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

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

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

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

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

（⇒問6へお進みください。）

問6. 患者さんの概況(1)

問6-1. 貴院における患者さんの概況について数字でお答えください。

(無床診療所の場合には、外来のみ記入してください。)

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

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

(無床診療所の場合には、外来のみ記入してください。)

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

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

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

(⇒問7へお進みください。)

問7. 患者さんの概況(2)

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

(該当する患者さんがいない場合には0(ゼロ)と記入してください。)

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

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

(該当する患者さんがいない場合には0(ゼロ)と記入してください。)

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

(⇒問8へお進みください。)

問8. 問 7-1 でお答えいただいた「11 月 1 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。)

	心臓血管疾患 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（心臓血管疾患リハビリテーション）

問1. 貴院において心臓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、心臓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
心臓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
心臓血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の看護師数	専従	_____人	_____人
	非専従	_____人	_____人
専用の機能訓練室の面積		_____m ²	
専用の機能訓練室の他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無 (いずれかに○)		1 あり ・ 2 なし	

問2. 貴院において心臓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
心臓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
心臓血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師数	専従	_____人	_____人
	非専従	_____人	_____人
専用の機能訓練室の面積		_____m ²	
専用の機能訓練室の他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無 (いずれかに○)		1 あり ・ 2 なし	

(⇒問 3 へお進みください)

問3. 貴院が改定前(平成18年3月以前)に「心疾患リハビリテーション」の施設基準を届け出ているが、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 常勤専任医がいない 2 常勤専任医はいるが、常時鑑視が困難
2	医師以外の職員に関する施設基準を満たすことができない
...	以下のどれにあてはまりますか。(1つに○)
...	1 以前は「専任」だったが「専従」となったため 2 以前は「1名」だったが「2名」となったため
3	機能訓練室に関する施設基準を満たすことができない
4	必要がない
5	その他(具体的に: _____)

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

平成18年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査

リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査
分野別施設調査票(脳血管疾患等リハビリテーション)

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

項目		常勤	非常勤
専任の医師数	脳血管疾患等リハビリテーションの経験がある	_____人	_____人
	脳血管疾患等リハビリテーションの経験がない	_____人	_____人
理学療法士数	専従	_____人	_____人
	非専従	_____人	_____人
作業療法士数	専従	_____人	_____人
	非専従	_____人	_____人
言語聴覚士数	専従	_____人	_____人
	非専従	_____人	_____人
専用の機能訓練室の面積		_____㎡	
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		_____㎡	
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 ²	
専用の機能訓練室について、他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無（いずれかに○）		1 あり ・ 2 なし	

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

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

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

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

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
専用の機能訓練室の面積		____ m ²	
専用の機能訓練室の他の疾患別リハビリテーションとの共用の有無（いずれかに○）		1 あり ・ 2 なし	

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

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

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

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

質問は以上です。施設向け患者調査票の記入もお願いいたします。