

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 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

## 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◎(ニジュウマル)で囲んでください。

問7-1. 日常生活活動に関する訓練

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

問7-2. 歩行に関する訓練

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

問7-3. 疾患別の訓練

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

問7-4. その他の訓練

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

(⇒次ページの間8へお進みください。)

問8. 今後、あなた(患者様)が予定されている生活場所(又は現在生活している場所)について、あてはまる番号を1つだけ○(マル)で囲んでください。

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

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

→ 問9-1:(上記の問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  |                    |

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 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。