

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

<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

<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やっていない

→ 問 4-3-1:(上記の問 4-3 で「3」又は「4」とご回答の方へ)

仕事について、どのような変化がありましたか。

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

問 4-4. スポーツについて

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

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

問 5-1. リハビリテーションの計画・目標・具体的な内容についての説明

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

問 5-2. 生活指導や自宅でのリハビリテーションについての説明

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

(⇒次ページの間 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◎(ニジユウマル)で囲んでください。

問 6-1. 日常生活活動に関する訓練

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

問 6-2. 歩行に関する訓練

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

問 6-3. 疾患別の訓練

- | | | |
|-----------|------------|---------------------------|
| 1 ストレッチ体操 | 2 筋力トレーニング | 3 転倒防止訓練 |
| 4 呼吸法 | 5 排痰 | 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:(上記の問7で「6」とご回答の方へ)

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

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

(⇒次ページの問8へお進みください。)

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

- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|---|------------------|---|--------|---|-----------|---|-----------|---|----------------|---|------------------|
| 1 | 施設に入院(入所)する予定である(又は入院(入所)している) | | | | | | | | | | | | | | |
| あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください | <table border="1"> <tr><td>1</td><td>医療施設(調査票を手渡された医療施設)</td></tr> <tr><td>2</td><td>医療施設(その他の医療施設)</td></tr> <tr><td>3</td><td>老人保健施設</td></tr> <tr><td>4</td><td>介護療養型医療施設</td></tr> <tr><td>5</td><td>特別養護老人ホーム</td></tr> <tr><td>6</td><td>職業リハビリテーション施設*</td></tr> <tr><td>7</td><td>その他(具体的に: _____)</td></tr> </table> | 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: _____) |
| 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 | <table border="1"> <tr><td>あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください</td><td>1 医療施設(調査票を手渡された医療施設)</td></tr> <tr><td></td><td>2 医療施設(その他の医療施設)</td></tr> </table> | 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) | | | | | | | | | | |
| 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。

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人あたりの平均説明時間数 ※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。	患者さんが後発医薬品を選択した場合 ……………	約()分	
	患者さんが後発医薬品を選択しなかった場合 ……………	約()分	
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。

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らなくなった 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。