

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 1 【改定前】	.....人	.....人	.....人	.....人	.....人	.....人
1 【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	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	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
		.....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 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 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		.....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 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: _____)