

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
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 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
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 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。

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)	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 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。

<input checked="" type="checkbox"/> 急性心筋梗塞
<input type="checkbox"/> 狭心症発作
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 慢性心不全
<input type="checkbox"/> 末梢動脈閉塞性疾患
<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
リハビリテーションを開始した日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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。

有 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2-4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 新たな疾患が併発したため
- 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)	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____
心大血管疾患リハビリテーション料(II)	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____
摂食機能療法	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____
ADL 加算	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 日: _____	単位数: _____ 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 地域連携退院部共同指導料
- 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. 実施したりハビリテーションの内容についてお伺いします。

問 4-1. 実施したり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 <input type="checkbox"/> 運動療法	あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 <input type="checkbox"/> 持久カトレニング	2 <input type="checkbox"/> 筋カトレニング	3 <input type="checkbox"/> ストレッチ・体操					
2 <input type="checkbox"/> 指導	あてはまる番号を全て○で囲んでください	1 <input type="checkbox"/> 疾病教育	2 <input type="checkbox"/> 食事・栄養指導	3 <input type="checkbox"/> 運動指導	4 <input type="checkbox"/> 禁煙指導	5 <input type="checkbox"/> カウンセリング			
3 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 整容	2 <input type="checkbox"/> 更衣	3 <input type="checkbox"/> 調理	4 <input type="checkbox"/> 食事	5 <input type="checkbox"/> 排泄	6 <input type="checkbox"/> 入浴	7 <input type="checkbox"/> その他	8 <input type="checkbox"/> 不要であった
4 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 起居	2 <input type="checkbox"/> 座位保持	3 <input type="checkbox"/> 移乗	4 <input type="checkbox"/> 歩行(平行棒内歩行)	5 <input type="checkbox"/> 歩行(補助具を使用した歩行)	6 <input type="checkbox"/> 歩行(訓練室内歩行)	7 <input type="checkbox"/> 不要であった	
5 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 屋内歩行(病棟内のトイレへの歩行・階段昇降等)	2 <input type="checkbox"/> 屋外歩行	3 <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/> 回
リハ処方	<input type="text"/> 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。

<input type="radio"/> 1 急性期	<input type="radio"/> 2 回復期	<input type="radio"/> 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

<input type="radio"/> 1 何もつかまらず歩く	<input type="radio"/> 2 杖や家具を伝って歩く	<input type="radio"/> 3 誰かと一緒に歩く
<input type="radio"/> 4 杖や装身具などを使って歩く	<input type="radio"/> 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>

<input type="radio"/> 1 一人でしている	<input type="radio"/> 2 一部助けを受けている	<input type="radio"/> 3 ほとんど助けを受けている
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

<入浴>

<input type="radio"/> 1 一人でしている	<input type="radio"/> 2 一部助けを受けている	<input type="radio"/> 3 ほとんど助けを受けている
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

<洗面>

<input type="radio"/> 1 一人でしている	<input type="radio"/> 2 一部助けを受けている	<input type="radio"/> 3 ほとんど助けを受けている
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

<トイレ>

<input type="radio"/> 1 一人でしている	<input type="radio"/> 2 一部助けを受けている	<input type="radio"/> 3 ほとんど助けを受けている
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

<着替え>

<input type="radio"/> 1 一人でしている	<input type="radio"/> 2 一部助けを受けている	<input type="radio"/> 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。

<input type="checkbox"/> 1 中心静脈栄養
<input type="checkbox"/> 2 経鼻経管栄養
<input type="checkbox"/> 3 胃瘻
<input type="checkbox"/> 4 気管切開
<input type="checkbox"/> 5 人工呼吸器
<input type="checkbox"/> 6 在宅酸素療法
<input type="checkbox"/> 7 人工透析
<input type="checkbox"/> 8 尿道バルーン
<input type="checkbox"/> 9 ペースメーカー装着
<input type="checkbox"/> 10 末梢点滴ライン
<input type="checkbox"/> 11 胸腔(腹腔)ドレナージ
<input type="checkbox"/> 12 心臓ドレナージ
<input type="checkbox"/> 13 その他(具体的に： <input type="text"/>)

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。

<input type="radio"/> 1 これ以上の身体機能の改善の見込みはない				
<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><input type="radio"/> 1 生活の場で状態の維持が可能</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 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</td> </tr> </table>	あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください	<input type="radio"/> 1 生活の場で状態の維持が可能		<input type="radio"/> 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
あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください	<input type="radio"/> 1 生活の場で状態の維持が可能			
	<input type="radio"/> 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			
<input type="radio"/> 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。