

問 11 貴院の医療機能に係る今後の方針について該当するものをお選びください。

(1) 貴病院では特定の医療機能（急性期医療機能や療養機能など）への特化を予定されていますか（○は1つ）

01 特化する予定である 02 特化する予定はない

(2) 【(1)で「01 特化する予定である」場合のみ】
今後、特化する予定の医療機能はどちらですか。（○は1つ）

01 急性期医療機能 02 回復期リハビリ機能 03 療養機能

(3) 【(1)で「01 特化する予定である」場合のみ】
今後、亜急性期医療機能を保持、拡充する予定はありますか。（○は1つ）

01 保持、拡充する予定がある 02 保持、拡充する予定はない

(4) (1) の方針の理由についてご記入ください。

【自由回答】

問 12 貴院の連携に係る今後の方針について該当するものをお選びください。

(1) 貴病院では連携する医療機関数についてどのような方針をお持ちですか（○は1つ）

01 増やしたい 02 減らしたい 03 現状のままでよい

(2) 【(1)で「01 増やしたい」場合のみ】
今後の連携先として増やしたい医療機能はどちらですか。また、その医療機能を持つ医療機関は地域に十分にありますか。（○はいくつでも）

01 急性期医療機能	02 亜急性期医療機能	03 回復期リハビリ機能	04 療養機能
↓	↓	↓	↓
01 地域に十分にある	01 地域に十分にある	01 地域に十分にある	01 地域に十分にある
02 地域に十分でない	02 地域に十分でない	02 地域に十分でない	02 地域に十分でない
03 地域に全くない	03 地域に全くない	03 地域に全くない	03 地域に全くない
04 不明	04 不明	04 不明	04 不明

(3) (2) の方針の理由についてご記入ください。

【自由回答】

■最後に、本調査に関連した事項でご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、○月○日(○)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）
回復期リハビリテーション病棟の実態調査（案）

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年●月●日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成21年（ ）月（ ）日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の概況についてお伺いします。

問1 貴院の開設者について該当するものをお選びください。（○は1つ）

- 01 国（厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構 等）
- 02 公的医療機関（都道府県,市町村,一部事務組合,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）
- 03 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,共済組合,国民健康保険組合）
- 04 医療法人
- 05 個人
- 06 その他（公益法人,私立学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社 等）

問2 貴院の承認等の状況について該当するもの全てに○をつけてください。

- | | |
|------------------|----------------------|
| 01 高度救命救急センター | 08 特定機能病院 |
| 02 救命救急センター | 09 地域医療支援病院 |
| 03 二次救急医療機関 | 10 DPC対象病院 |
| 04 災害拠点病院 | 11 DPC準備病院 |
| 05 総合周産期母子医療センター | 12 がん診療連携拠点病院 |
| 06 地域周産期母子医療センター | 13 専門病院 ^注 |
| 07 小児救急医療拠点病院 | |

注. 専門病院とは、主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいいます。

問3 貴院、または貴院の併設施設・事業所で提供しているサービスとして該当するもの全てに○をつけてください。			
1 施設サービス	01 介護老人保健施設	02 介護老人福祉施設	
2 通所サービス	01 通所リハビリ	02 通所介護	
3 短期入所サービス	01 短期入所療養介護	02 短期入所生活介護	
4 訪問サービス	01 訪問リハビリ	02 訪問看護	03 訪問介護 04 訪問入浴
5 居宅介護支援事業所	01 有		02 無
6 その他	01 グループホーム	03 軽費老人ホーム	
	02 有料老人ホーム	04 高齢者専用賃貸住宅	

■貴院の届出施設基準等についてお伺いします。

問4 貴院で施設基準の届出を行っているリハビリテーション料について、該当するもの全てに○をつけてください。			
01 心大血管疾患リハビリテーション料 (I)	07 運動器リハビリテーション料 (II)		
02 心大血管疾患リハビリテーション料 (II)	08 呼吸器リハビリテーション料 (I)		
03 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	09 呼吸器リハビリテーション料 (II)		
04 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	10 難病患者リハビリテーション料		
05 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)	11 障害児 (者) リハビリテーション料		
06 運動器リハビリテーション料 (I)	12 集団コミュニケーション療法料		

問5 貴院で平成21年4月～6月に算定した診療報酬として該当するもの全てに○をつけてください。			
01 回復期リハビリテーション病棟入院料1	06 7対1入院基本料 (一般病棟) 注		
02 回復期リハビリテーション病棟入院料2	07 10対1入院基本料 (一般病棟)		
03 重症患者回復病棟加算	08 13対1入院基本料 (一般病棟)		
04 亜急性期入院医療管理料1	09 15対1入院基本料 (一般病棟)		
05 亜急性期入院医療管理料2	10 障害者施設等入院基本料		

注. 準7対1入院基本料 (一般病棟入院基本料) を算定している場合は、「08 7対1入院基本料 (一般病棟)」をお選びください。

問6 貴院における平成20年6月1カ月間、および平成21年6月1カ月間の外来患者延数、入院患者延数をご記入ください。				
	平成20年6月		平成21年6月	
1 外来患者延数		人		人
2 入院患者延数		人		人

問 7 平成21年●月●日時点の届出病床数、及び6月1カ月間の在院患者延数をご記入ください。						
		届 出 状 況	許 可 病 床 数	6月1カ月間の 在院患者延数		
1 一般病床		/	床	人		
	(再掲) 一般病棟入院基本料のみ算定している病床		床			
	(再掲) 障害者施設等入院基本料を算定している病床		床			
	特定入院料を算定している病床		(再掲) 救命救急入院料	有・無	床	
			(再掲) 特定集中治療室管理料	有・無	床	
			(再掲) ハイケアユニット入院医療管理料	有・無	床	
			(再掲) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	有・無	床	
			(再掲) 新生児特定集中治療室管理料	有・無	床	
			(再掲) 総合周産期特定集中治療室管理料	有・無	床	
			(再掲) 小児入院医療管理料1	有・無	床	
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料		有・無	床			
(再掲) 亜急性期入院医療管理料	有・無	床				
2 療養病床 (医療保険適用)		/	床	人		
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料	有・無		床			
3 療養病床 (介護保険適用)		/	床	人		
4 精神病床			床	人		
5 結核病床			床	人		
6 感染症病床			床	人		

■貴院の職員数についてお伺いします。

問 8 貴院において平成21年●月●日時点で雇用している職員数をご記入ください。			
		常 勤	非 常 勤 (常勤換算 ^注)
1 医 師		人	人
	(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定臨床医	人	人
	(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定専門医	人	人
	(再掲) リハビリテーション科の医師	人	人
2 看 護 師		人	人
3 准看護師		人	人
4 看護補助者		人	人
5 薬 剤 師		人	人
6 理学療法士		人	人
7 作業療法士		人	人
8 言語聴覚士		人	人
9 臨床心理士		人	人
10 義肢装具士		人	人
11 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師		人	人
12 ソーシャルワーカー		人	人
	(再掲) 社会福祉士の資格保有者	人	人

注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法

貴院の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入ください。

例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

問9 貴院においてリハビリテーションに係る業務に専任^注、あるいは専従^注している職員のうち、平成21年7月1日(水)、4日(土)、5日(日)に出勤した人数(実人数)をご記入ください。

			常 勤		非 常 勤	
① 7月1日(水)	1 医 師	専 任		人		人
	2 看 護 師	専 従		人		人
	3 理学療法士	専 従		人		人
	4 作業療法士	専 従		人		人
	5 言語聴覚士	専 従		人		人
	6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	専 従		人		人
② 7月4日(土)	1 医 師	専 任		人		人
	2 看 護 師	専 従		人		人
	3 理学療法士	専 従		人		人
	4 作業療法士	専 従		人		人
	5 言語聴覚士	専 従		人		人
	6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	専 従		人		人
③ 7月5日(日)	1 医 師	専 任		人		人
	2 看 護 師	専 従		人		人
	3 理学療法士	専 従		人		人
	4 作業療法士	専 従		人		人
	5 言語聴覚士	専 従		人		人
	6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師	専 従		人		人

注. 専任とは、理学療法等を実施中の患者についての医学的な管理に責任を持ち、緊急事態には適切に対応できる医師をいいます。ただし、専任の医師は一部他の業務に従事することが可能です。

専従とは、原則としてリハビリテーションに係る業務のみに従事することをいいます。

■地域連携クリティカルパスの導入状況についてお伺いします。

問10 貴院では大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の届出をしていますか。 なお、いずれについても「02 届出無し」の場合は、問16にお進みください。		
1 地域連携診療計画管理料	01 届出有り (⇒問11へ)	02 届出無し
2 地域連携診療計画退院時指導料	01 届出有り (⇒問11へ)	02 届出無し

問11 大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の届出の際に記載した計画管理病院、連携保険医療機関の施設数をご記入ください。				
大腿骨頸部骨折	1 計画管理病院		施設	
		(再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設	施設	
	2 連携保険医療機関		施設	
		① 病院		施設
		(再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
	(再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設		
	(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設	施設		
	(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設	施設		
	(再掲) 亜急性期入院医療管理料届出施設	施設		
	② 有床診療所		施設	
脳卒中	1 計画管理病院		施設	
		(再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設	施設	
	2 連携保険医療機関		施設	
		① 病院		施設
		(再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
		(再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設	
	(再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設	施設		
	(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設	施設		
	(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設	施設		
	(再掲) 亜急性期入院医療管理料届出施設	施設		
	② 有床診療所		施設	

問12 貴院では、平成20年度に大腿骨頸部骨折および脳卒中の地域連携診療計画に係る情報交換のための連携医療機関との会合を何回を開催しましたか。		
1 大腿骨頸部骨折に係る連携医療機関との会合の開催回数		回
2 脳卒中に係る連携医療機関との会合の開催回数		回

問13 貴院では平成20年度に大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の算定をしていますか。 なお、いずれについても「02 算定無し」の場合は、問16にお進みください。			
1	地域連携診療計画管理料	01 算定有り (⇒問14へ)	02 算定無し
2	地域連携診療計画退院時指導料	01 算定有り (⇒問14へ)	02 算定無し

問14 貴院における平成19年度・平成20年度の大腿骨頸部骨折および脳卒中による入院患者数、さらに、平成20年度における地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数をご記入ください。					
		平成19年度		平成20年度	
1	大腿骨頸部骨折による入院患者数		人		人
	(再掲) 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				人
	(再々掲) 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数				人
	(再々掲) 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				人
	(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数				人
	(再々掲) 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数				人
		平成19年度		平成20年度	
2	脳卒中による入院患者数		人		人
	(再掲) 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				人
	(再々掲) 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数				人
	(再々掲) 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				人
	(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数				人
	(再々掲) 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数				人

問15 貴院における平成19年度と平成20年度の大腿骨頸部骨折および脳卒中の患者の平均在院日数 ^注 をご記入ください。					
		平成19年度		平成20年度	
1	大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数	.	日	.	日
	(再掲) 地域連携診療計画管理料の算定患者の平均在院日数	.	日	.	日
	(再掲) 地域連携診療退院時指導料の算定患者の平均在院日数	.	日	.	日
2	脳卒中の入院患者の平均在院日数	.	日	.	日
	(再掲) 地域連携診療計画管理料の算定患者の平均在院日数	/		.	日
	(再掲) 地域連携診療退院時指導料の算定患者の平均在院日数			.	日

注. 平均在院日数は、小数点第二位を切り捨て小数点第一位までご記入ください。

■貴院の退院支援体制についてお伺いします。

問16 貴院では、退院支援^注を病棟、あるいはそれを行う部署で実施していますか。

01 実施している (⇒問16-1へ)

02 実施していない (⇒問17へ)

注. 退院支援とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行うことをいいます。

問16-1 退院支援を専ら担当する部署を設置していますか。

01 設置している (問16-2、16-3にお進みください)

02 設置していない (⇒問17へ)

問16-2 当該部署に従事する職員数 (実人数) をご記入ください。

	専 従 ^注		専 任 ^注	
	人数	人	人数	人
1 医 師		人		人
2 看 護 師		人		人
3 准看護師		人		人
4 ソーシャルワーカー		人		人
(再掲) 社会福祉士の資格保有者		人		人
5 事務職員		人		人
6 そ の 他		人		人

注. 専従とは、原則として当該部署の業務のみに従事することをいいます。

専任とは、当該部署での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

問16-3 当該部署の活動内容として該当するもの全てに○をつけてください。

- 01 入院中の治療方針に関する説明と退院までの見通しの説明
- 02 継続的な療養管理が可能な状態となるまでの期間と退院日の設定
- 03 退院後の居場所に関する調整
- 04 患者や家族に対するカウンセリングと精神的支援
- 05 患者への治療に係る目標管理と退院指導
- 06 家族への介護技術と医療技術の指導
- 07 介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整
- 08 利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援
- 09 退院当日や退院後の療養相談
- 10 退院後の定期的な患者の状態確認
- 11 その他 ()

■貴院の医療機能に係る今後の方針についてお伺いします。

問17 貴院では**特定の医療機能**（急性期医療機能や療養機能など）への特化を予定していますか。

01 特化する予定である（⇒問17-1～17-3へ） 02 特化する予定はない（⇒問18へ）

問17-1 今後、**特化を予定している医療機能**はどちらですか。（○は1つ）

01 急性期医療機能 03 回復期リハビリ機能 04 療養機能

問17-2 今後、**亜急性期医療機能を拡充する**予定はありますか。（○は1つ）

01 拡充する予定がある 02 拡充する予定はない

問17-3 **特定の医療機能に特化、あるいは拡充する方針の理由**についてご記入ください。

■他の医療機関との連携に係る貴院の今後の方針についてお伺いします。

問18 貴院では**他の医療機関との連携**についてどのような方針をお持ちですか。（○は1つ）。
また、下空欄内に**その方針の理由**を具体的にご記入ください。

- 01 特に他の医療機関と連携するつもりはない
- 02 同一法人内の他の医療機関と連携をとる
- 03 同一法人か否かは問わず、地域の他の医療機関と連携をとる

【方針の理由を具体的にご記入ください】

問19 貴院では連携する医療機関数についてどのようにお考えですか。(〇は1つ)

- 01 増やしたい (⇒問19-1、19-2へ)
- 02 減らしたい (⇒問20へ)
- 03 現状のままでよい (⇒問20へ)

問19-1 今後、連携先として増やしたい医療機能はどちらですか。(〇はいくつでも)
また、その医療機能を持つ医療機関は地域に十分にありますか。(〇は1つ)

- 01 急性期医療機能 ⇒ (十分にある・十分がない・全くない・不明)
- 02 亜急性期医療機能 ⇒ (十分にある・十分がない・全くない・不明)
- 03 回復期リハビリ機能 ⇒ (十分にある・十分がない・全くない・不明)
- 04 療養機能 ⇒ (十分にある・十分がない・全くない・不明)

問19-2 今後、連携先を増やしたいという具体的な理由、また、問19-1で連携先として増やしたい医療機能を選択した具体的な理由をご記入ください。

【理由を具体的にご記入ください】

問20 最後に、医療機能の分化・連携についてご意見等がございましたら、ご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成21年度調査）
回復期リハビリテーション病棟の実態調査（案）

- ◎特に指示がある場合を除いて、平成21年●月1日現在の状況についてお答えください。
- ◎数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。
- ◎病棟番号には任意の番号を振って、他の病棟票と区別できるようにしてください。また、貴棟から退棟した患者の状態像等の記入をお願いしている【退棟患者票】の「病棟番号」欄には、ここで記入いただく病棟番号と同じ番号をご記入ください。

病棟番号	
------	--

■貴棟の概況についてお伺いします。

問1 貴棟で算定している診療報酬として該当するもの全てに○をつけてください。	
01 回復期リハビリテーション病棟入院料1 ⇒ 施設基準の取得日 平成__年__月	
02 回復期リハビリテーション病棟入院料2 ⇒ 施設基準の取得日 平成__年__月	
03 重症患者回復病棟加算	

問2 貴棟の平成21年●月●日0時時点の病床数、入院患者数をご記入ください。			
	病 床 数		入院患者数
1 一般病床		床	人
2 療養病床		床	人
3 合 計 (1+2)		床	人
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料の非適応患者			人
(再々掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数を超えた患者			人
(再々掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象外の疾患の患者			人

問3 貴病棟の平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数、病床利用率を小数点第1位まで（小数点第2位を切り捨て）ご記入ください。				
	平成20年 4月～6月		平成21年 4月～6月	
1 平均在院日数 ^{注1}		日		日
2 病床利用率 ^{注2}		%		%

注1. 平均在院日数は平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数をご記入ください。

$$\text{平均在院日数} = \frac{4\text{月}\sim 6\text{月の在院患者延数}}{(4\sim 6\text{月の新入棟患者数} + 4\sim 6\text{月の新退棟患者数}) \times 0.5}$$

注2. 病床利用率は平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の病床利用率をご記入ください。

$$\text{病床利用率} = \frac{4\text{月}\sim 6\text{月の在院患者延数}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の} 4\text{月}\sim 6\text{月の合計}}$$

■貴棟の人員配置についてお伺いします。

問4 貴棟における医師の配置状況を専任、専従の別にご記入ください。					
		専 従 ^注		専 任 ^注	
1 医 師			人		人
	(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定臨床医		人		人
	(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定専門医		人		人

注. 専従とは、原則として貴棟の業務のみに従事することをいいます。
 専任とは、貴棟での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

問5 貴棟における看護職員、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、ソーシャルワーカーの配置状況について、専従、専任の別にご記入ください。 なお、専任職員については、常勤換算した上で小数点第1位までご記入ください。					
		専 従		専 任 (常勤換算 ^注)	
1 看護師			人	.	人
2 准看護師			人	.	人
3 看護補助者			人	.	人
4 薬 剤 師			人	.	人
5 理学療法士			人	.	人
6 作業療法士			人	.	人
7 言語聴覚士			人	.	人
8 歯科衛生士			人	.	人
9 ソーシャルワーカー			人	.	人
	(再掲) 社会福祉士の資格保有者		人	.	人

注. 専任(他部署の業務を兼務している)職員の常勤換算の計算方法
 貴院の過当たりの所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第二位を四捨五入して、小数点第一位まで記入して下さい。
 例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、貴棟に週2日(各日3時間)勤務の看護師が1人と、
 週3日(各日5時間)勤務の看護師が2人いる場合

$$\text{専任看護師数} = \frac{(2日 \times 3時間 \times 1人) + (3日 \times 5時間 \times 2人)}{40時間} = 0.9人$$

問6 平成21年●月●日における貴棟の看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の勤務予定表上の人数について、職種別・時間別にご記入ください。															
		7時		9時		12時		15時		18時		21時		2時	
1 看護師		人		人		人		人		人		人		人	
2 准看護師		人		人		人		人		人		人		人	
3 看護補助者		人		人		人		人		人		人		人	
4 理学療法士		人		人		人		人		人		人		人	
5 作業療法士		人		人		人		人		人		人		人	
6 言語聴覚士		人		人		人		人		人		人		人	

■貴棟における入棟患者の状況についてお伺いいたします。

問7 貴棟における入棟患者の受け入れ基準について、該当するもの全てに○をつけてください。	
01 気管切開をしていないこと	06 感染症（MRSA、緑膿菌など）がないこと
02 中心静脈栄養（IVH）をしていないこと	07 重度の認知症の状態にないこと
03 経鼻経管栄養をしていないこと	08 重篤な合併症を併発していないこと
04 胃ろう・腸ろうをしていないこと	09 その他（ ）
05 褥瘡がないこと	10 特になし

問8 平成21年4月～6月の3カ月間における新入棟患者（かつ回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者）について、ご記入ください。			
1	平成21年4月～6月における新入棟患者		人
2	1の新入棟患者の入棟時の日常生活機能評価について、それぞれ該当する人数をご記入ください。また、入棟時の日常生活機能評価の平均得点を小数点第1位までご記入ください。なお、①～⑤の合計が1の新入棟患者数と同じになるようにしてください。		
①	0点		人
②	1～4点		人
③	5～9点		人
④	10～14点		人
⑤	15～19点		人
	1の患者の入棟時の日常生活機能評価得点の平均得点（小数点第1位まで）		点
3	1の新入棟患者の入棟時の主たる原因疾患について、それぞれ該当する人数をご記入ください。なお、①～⑦の合計が1の新入棟患者数と同じになるようにしてください。		
①	脳血管疾患		人
②	脊髄損傷		人
③	頭部外傷		人
④	その他の脳血管系疾患		人
⑤	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折		人
⑥	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷		人
⑦	外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群		人
⑧	その他の疾患		人
4	1の新入棟患者の入棟前の居場所について、それぞれ該当する人数をご記入ください。なお、①～⑰の合計が1の新入棟患者数と同じになるようにしてください。		
自 院	① 他の回復期リハビリテーション病棟		人
	② ①を除く一般病床		人
	③ ①を除く療養病床		人
	④ ①～③を除くその他の病床		人
他 院	⑤ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]		人
	⑥ ⑤を除く一般病床 [病院]		人
	⑦ ⑤を除く療養病床 [病院]		人
	⑧ ⑤～⑦を除くその他の病床 [病院]		人
そ の 他	⑨ 有床診療所		人
	⑩ 介護老人保健施設（老人保健施設）		人
	⑪ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		人
	⑫ グループホーム		人
	⑬ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス）		人
	⑭ 高齢者専用賃貸住宅		人
	⑮ 障害者支援施設		人
	⑯ 在宅		人
⑰ その他		人	

問8 続き			
5 1の新入棟患者の入棟前の居場所について、貴院の所在する二次医療圏からみた場合の居場所としてそれぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏マップをご参照ください。			
他の病院 ※4⑤～⑧の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
	② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
	③ 他の都道府県		人
他の有床診療所 ※4⑨と一致	① 同じ二次医療圏		人
	② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
	③ 他の都道府県		人
介護老人保健施設・介護老人福祉施設 ※4⑩と⑪の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
	② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
	③ 他の都道府県		人
その他の居住系サービス等の施設 ^注 ※4⑫～⑭の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
	② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
	③ 他の都道府県		人

注. その他の居住系サービス等の施設とは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指す。

■貴病棟における退棟患者の状況についてお伺いいたします。

問9 平成21年4月～6月の3カ月間における退棟患者（かつ回復期リハビリテーション病棟入院料の適用患者）について、ご記入ください。			
1 平成21年4月～6月における退棟患者			人
2 1の退棟患者のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者			人
3 2の患者のうち、退棟時の日常生活機能評価が3点以上改善していた患者			人
4 1の退棟患者の退棟後の居場所について、それぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、①～⑱の合計が1の退棟患者数と同じになるようにしてください。			
在宅	① 在宅		人
	自 院	② 他の回復期リハビリテーション病棟	人
		③ ②を除く一般病床	人
		④ ②を除く療養病床	人
		⑤ ②～④を除くその他の病床	人
他 院	⑥ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	人	
	⑦ ⑥を除く一般病床 [病院]	人	
	⑧ ⑥を除く療養病床 [病院]	人	
	⑨ ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院]	人	
	⑩ 有床診療所		
そ の 他	⑪ 介護老人保健施設（老人保健施設）		人
	⑫ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）		人
	⑬ グループホーム		人
	⑭ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス）		人
	⑮ 高齢者専用賃貸住宅		人
	⑯ 障害者支援施設		人
	⑰ 死亡		人
	⑱ その他		人