

**平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 29 年度調査)**  
**回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入の影響、**  
**維持期リハビリテーションの介護保険への移行状況等を含む**  
**リハビリテーションの実施状況調査** 回復期リハ病棟票

※ご回答の際は、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。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。  
 ※特に断りのない場合は、平成 29 年 6 月末現在の状況についてご記入ください。

1. 貴病棟の状況についてお伺いします（平成 29 年 6 月末現在）。

①貴病棟で届出している診療報酬 ※○は1つだけ			
01. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1			
02. 回復期リハビリテーション病棟入院料 2			
03. 回復期リハビリテーション病棟入院料 3			
②貴病棟で届出している加算等 ※あてはまる番号すべてに○			
01. 体制強化加算 1		02. 体制強化加算 2	03. リハビリテーション充実加算
③貴病棟の届出病床数	一般病床	療養病床	合計
	床	床	床
④貴病棟の在院患者延べ人数 <sup>注1</sup> （平成 29 年 6 月 1 か月間）			人
⑤貴病棟における平成 27 年及び平成 29 年の平均在院日数、在宅復帰率、ADL が 4 点以上改善した重症患者の割合をご記入ください。			
		平成 27 年（一昨年）	平成 29 年
1) 平均在院日数 <sup>注2</sup> （4 月～6 月）		日	日
2) 在宅復帰率 <sup>注3</sup> （1 月～6 月）		%	%
3) ADL が 4 点以上改善した重症患者の割合 <sup>注4</sup> （1 月～6 月）		%	%

注 1 貴病棟の在院患者延べ人数は、6 月 1 か月について毎日 24 時現在に在棟している患者を足し合わせた人数をご記入ください。

注 2 平均在院日数は以下の式により算出し、小数点以下第 1 位まで（小数点以下第 2 位を切り捨て）ご記入ください。

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

注 3 在宅復帰率は 1 月 1 日～6 月 30 日までの期間について、退院患者（死亡退院、再入院患者、病状の急性増悪等により他の保険医療機関や病棟での治療が必要になり転院・転棟した患者を除く）のうち、自宅、居住系介護施設等に退院した患者の割合をご記入ください。

注 4 ADL が 4 点以上改善した重症患者の割合は、1 月 1 日～6 月 30 日までの期間についてご記入ください。ただし、この期間に新規に回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行った場合は、届出日以降の期間の結果についてご記入ください。

$$\text{ADL が 4 点以上改善した重症患者の割合} = \frac{\text{分母のうち、退棟時（転棟時を含む）に日常生活機能評価が入棟時と比較して 4 点以上改善した患者数}}{\text{1 月～6 月の退棟患者のうち、入棟時の日常生活機能評価が 10 点以上であった患者数}} \times 100$$

⑥貴病棟の職員数（実人数）					
	医師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	社会福祉士
専従	人	人	人	人	人
専任	人	人	人	人	人

⑦貴病棟の看護師・准看護師の職員数	常勤	非常勤（常勤換算 <sup>注5</sup> ）
	人	人

注5 貴施設の1週間の所定勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して、下記のように常勤換算して小数第1位まで（第2位を切り捨て）ご記入ください。

例：1週間の所定勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護職員が1人いる場合；  
 $(4日 \times 5時間 \times 1人) \div 40時間 = 0.5人$

## 2. 貴病棟の実績指数等についてお伺いします。

①平成29年1月～6月における貴病棟の退棟患者数、1日あたりのリハビリテーション提供単位数、実績指数をご記入ください。

※別紙様式45「回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書」の平成29年7月報告より転記してください。同じ回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟が複数ある場合は、複数病棟の合算値でも結構です。

1) 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数（報告書の①）	人
-----------------------------------	---

2) 1日あたりのリハビリテーション提供単位数（報告書の⑤）	単位
--------------------------------	----

3) 実績指数（報告書の⑪）	
----------------	--

### 【1日あたりのリハビリテーション提供単位数が6単位未満の病棟】

②患者1日1人あたりの疾患別リハビリテーションの実施が、6単位を超えない理由としてあてはまるものを選んでください。 ※あてはまる番号すべてに○

- |  |
|--|
| 01. リハビリテーションを行う職員の確保が難しいから            |
| 02. 実績指数の達成が困難であるから                    |
| 03. 1日6単位以上の疾患別リハビリテーションを必要とする患者が少ないから |
| 04. その他（具体的に                           |

③平成29年1月～6月において、患者1人1日あたり6単位を超える疾患別リハビリテーションの算定方法が、入院料に包括となったことはありますか。ある場合は包括になった月を選んでください。

01. ある → 包括になった月（ a. 1月    b. 2月    c. 3月    d. 4月    e. 5月    f. 6月 ）

02. ない

④回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の導入による影響・効果等があればご記入ください。

3. 貴病棟のリハビリテーションの実施状況についてお伺いします。

[illegible]

4. リハビリテーションの実施等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。

--

5. 貴病棟の入院患者の状況についてお伺いします。

以下のすべての条件にあてはまる患者について、5 ページの設問にご回答ください。既に退棟した患者も調査の対象です。

- 平成 29 年 1 月に貴棟に新規に入棟した患者（他病棟からの転棟を含む）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定実績がある患者
- 疾患別リハビリテーションの実施実績がある患者

なお、「★」のある設問については、4 ページの回答コードより該当する番号を選び、その数字をご記入ください。

### ③状態（入棟時）

回答コード	内容
1	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャット手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内
2	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等2か月以内
3	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内
4	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1か月以内
5	股関節又は膝関節の置換術後1か月以内

### ⑧認知症高齢者の日常生活自立度（入棟時）

※詳細は調査要綱をご確認ください

回答コード	内容
1	I
2	II
3	III
4	IV
5	M
6	自立
7	不明

### ⑬要介護度（平成29年6月末又は退棟時）

回答コード	内容
1	要介護1
2	要介護2
3	要介護3
4	要介護4
5	要介護5
6	要支援1
7	要支援2
8	該当なし（申請中、未申請を含む）

### ⑮居場所又は退棟先（平成29年6月末又は退棟時）

回答コード	内容
1	入棟中
2	自宅（戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅）
3	居住系施設（有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス）・サ高住・認知症グループホーム等）
4	介護老人福祉施設（特養）
5	介護老人保健施設
6	自院（一般病床）
7	自院（療養病床）
8	自院（その他の病床）
9	自院以外の医療機関（一般病床）
10	自院以外の医療機関（療養病床）
11	自院以外の医療機関（その他の病床）
12	不明

### （⑮で2・3・4を選んだ場合）

#### ⑰退棟後のリハビリテーションの実施状況（退棟後）

回答コード	内容
1	リハビリテーションの実施あり
2	リハビリテーションの実施なし
3	不明

### （⑰で1を選んだ場合）

#### ⑱リハビリテーションの実施主体（退棟後）

回答コード	内容
1	貴施設、又は、貴施設の同一法人又は関連法人の医療機関
2	1以外の医療機関
3	介護老人保健施設
4	不明

### （⑰で1を選んだ場合）

#### ⑲リハビリテーションの保険の種類（退棟後）

回答コード	内容
1	医療保険
2	介護保険（通所リハビリテーション）
3	不明

### （⑲で1を選んだ場合）

#### ⑳介護保険のリハビリテーション（通所リハビリテーション）の実施がない最大の理由（退棟後）

回答コード	内容
1	月13単位のリハビリテーションで十分であり、不都合を感じていないから
2	自院・近隣で通所リハを提供していないから
3	通所リハではリハビリテーションの質が不明だから
4	通所リハではリハビリテーションの単位数が十分でないから
5	介護への移行に対する心理的抵抗感が大きいから
6	介護保険の支給限度額を超えるから
7	通所リハでは、患者の医学的リスクや専門性の観点から必要なリハビリテーションに対応できないから
8	疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数を超過していないから
9	介護保険の対象ではないから（申請中を含む）
10	その他
11	不明

「★」のある設問については、左のページの回答コード表より該当する番号を1つ選び、数字をご記入ください。

	入棟時の状況										入棟中の状況																平成 29 年 6 月末時点又は 退棟時の状況				退棟後の状況 ※自宅、居住系施設、介護老人福祉施設 に退院した患者のみ記載																	
	① 年齢	② 性別		③ 状態★	④ リハビリテーション 起算日		⑤ 入棟日		⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 に係る評価		⑦ 日常生活機能評価	⑧ 認知症高齢者の日常生活自立度★	⑨ ADL ※評価方法を選択して、各月の状況を記入 ※FIMの場合は「運動項目 61 点満点」						⑩ 疾患別リハの種類 (複数選択可)						⑪ 疾患別リハの実施単位数 ※1月は入棟後の実施単位数 ※複数の疾患別リハの実施がある場合は合算値						⑫ 目標設定等支援・管理料の算定の有無(入棟中)	⑬ 要介護度★	⑭ 日常生活機能評価	⑮ 居場所又は退棟先★	→⑮で2・3・4を選んだ場合 ⑮で2・3・4を選んだ場合		→⑮で2・3・4を選んだ場合	⑰ 退棟後のリハビリテーションの実施状況★	→⑰で1を選んだ場合	⑱ リハビリテーションの保険の種類★	→⑲で1を選んだ場合	⑳ 介護保険のリハビリテーション(通所 リハビリテーション)の実施がない最 大の理由★						
					月	日	月	日	A 得点	B 得点			評価方法	入棟 時	2月	3月	4月	5月	6月	1 心大血管疾患 リハ	2 脳血管疾患等 リハ	3 廃用症候群 リハ	4 運動器リハ	5 呼吸器リハ	6 その他	1月	2月	3月	4月	5月	6月					月	日											
例	76	男	女	3	12	26	1	6	1	8	13	1	BI	FIM	40	50	60				1	2	3	4	5	6	100	182						有	無	3	4	2	→	3	1	→	1	→	1	1	→	4
1		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
2		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
3		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
4		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
5		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
6		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
7		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
8		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
9		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
10		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
11		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
12		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
13		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
14		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
15		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
16		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
17		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
18		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
19		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					
20		男	女										BI	FIM						1	2	3	4	5	6							有	無			→		→		→			→					

※記入欄が不足する場合にはコピーしてご記入ください。