

書面審査

高度・専門機能の現況調査

リハビリテーション（回復期）

※この調査票は、貴院の回復期リハビリテーションに関する基本的な概要について記載していただくものです。

病院名

時点データ取得日

(西暦)

年

月

日

公益財団法人 日本医療機能評価機構

病院機能評価（高度・専門機能） リハビリテーション（回復期） 現況調査について

この調査票は、貴院のリハビリテーション機能（回復期）に関する現況について記載していただくものです。貴院が地域で果たしている役割・機能および実績についてお伺いします。一定期間内の実績に関する設問について、特に指定のない場合は、昨年度1ヵ年の実績を、また、一時点での状況をたずねる設問については、できるだけ直近の状況をご記入ください。

この調査票は、以下内容（4種類）で構成されています。

I. 病院全体に関する設問

※本ファイル「調査表(I.病院全体に関する設問)」シート

< 設問内容 >

- 1 リハビリテーションに関する施設指定
- 2 学会研修施設（リハビリテーションに関連したもの）
- 3 病床数の状況
- 4 リハビリテーションに関する基準・加算の取得状況
- 5 リハビリテーションに関する診療体制
- 6 回復期リハビリテーション病棟入院患者に関する
アクシデント・インシデントレポート提出状況
- 7 退院時サマリーの作成状況
- 8 リハビリテーションに関する院内の教育・研修状況について
- 9 リハビリテーションに関する地域連携の状況
- 10 多職種が参加するリハビリテーションに関する院内カンファレンス
- 11 在宅療養支援に関する取組状況

色塗り部分について、ご回答ください。なお、各設問ごとに回答方式（記述式または選択式（プルダウン））が異なりますので、ご留意ください。

II. 回復期リハビリテーション病棟の状況

※別ファイル「02_高度・専門リハVer.1.0_現況調査票II_2024」

< 設問内容 >

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1 病棟概要 | 8 （病棟内）トイレの整備状況 |
| 2 スタッフ数 | 9 （病棟内）車椅子の整備状況 |
| 3 勤務体制 | 10 （病棟内）ベッドの整備状況 |
| 4 リハビリテーションに関する活動状況 | 11 食堂の整備状況 |
| 5 連携と退院促進 | 12 談話室・談話コーナーの整備状況 |
| 6 病室の整備状況 | 13 病棟内訓練室の整備状況 |
| 7 （病棟内）浴室の整備状況 | 14 面談室・面接室・相談室の整備状況 |

○設問は、本ファイルとは別にご用意していますので、そちらをご利用ください。なお、病棟ごとにご回答いただく形式としておりますので、複数病棟がある場合は、ファイルをコピーいただきご回答ください。

○色塗り部分について、ご回答ください。各設問ごとに回答方式（記述式または選択式（プルダウン））が異なりますので、ご留意ください。

III. 回復期リハビリテーション病棟の退院患者に関する状況

※別ファイル「03_高度・専門リハVer.1.0_現況調査票III_2024」

設問は、本ファイルとは別にご用意していますので、そちらをご利用ください。なお、病棟ごとにご回答いただく形式としておりますので、複数病棟がある場合は、ファイルをコピーいただきご回答ください。

IV. リハビリテーション・ケアで作成される記録・書類の一覧

※別ファイル「04_高度・専門リハVer.1.0_現況調査票IV_2024」

設問は、本ファイルとは別にご用意していますので、そちらをご利用ください。

1.病院全体に関する設問

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

1.リハビリテーションに関する施設指定

※「3)その他」を選択した場合は名称等を記入ください。

2.学会研修施設

(リハビリテーションに関連したもの)

※「2)その他」を選択した場合は名称等を記入ください。

3.病床数の状況

3-1.病床数(病院全体)

	許可病床	実稼働可能な病床	3年前同月からの 実働病床増減		病床利用率 ¹ (年間平均)	在院日数 (年間平均)	
一般病床	床	床	床	床	%	日	日
療養病床	床	床	床	床	%	日	日
(医療保険適用)	床	床	床	床	%	日	日
(介護保険適用)	床	床	床	床	%	日	日
精神科病床	床	床	床	床	%	日	日
結核病床	床	床	床	床	%	日	日
感染症病床	床	床	床	床	%	日	日
総数	0 床	0 床	床	床	%	日	日

*病床利用率は稼働病床の利用率を記入ください。

3-2.回復期リハビリテーション病棟の病床数

回復期リハビリテーション病棟入院料

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5
一般病床	床	床	床	床	床
(3年前同月からの実働病床増減)	床	床	床	床	床
療養病床	床	床	床	床	床
(3年前同月からの実働病床増減)	床	床	床	床	床

3-3.回復期リハビリテーション病棟の内訳

病棟名	病床数	病床区分	回復期リハビリテーション病棟入院料	基準取得日				
	床			西暦	年	月	日	
	床			西暦	年	月	日	
	床			西暦	年	月	日	
	床			西暦	年	月	日	
	床			西暦	年	月	日	
	床			西暦	年	月	日	
	床			西暦	年	月	日	

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

4.リハビリテーションに関する基準・加算の取得状況

4-1.疾患別リハビリテーションの取得状況

	脳血管疾患	運動器	呼吸器	心大血管疾患	廃用症候群	障害児(者)	がん患者
(Ⅰ)							
リハビリ料 (Ⅱ)							
(Ⅲ)							

4-2.休日リハビリテーション提供体制加算の取得状況(当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料3～5の場合)

回復期リハビリテーション病棟入院料		
入院料3	入院料4	入院料5

4-3.摂食嚥下機能回復体制加算の取得状況

摂食嚥下機能回復体制加算

4-4.回復期等口腔機能管理計画策定料の取得状況

回復期等口腔機能管理計画策定料

4-5.回復期等口腔機能管理料の取得状況

回復期等口腔機能管理料

4-6.回復期等専門的口腔衛生処置の取得状況

回復期等専門的口腔衛生処置

4-7.排尿自立支援加算の取得状況

排尿自立支援加算

4-8.運動量増加機器加算の取得状況

運動量増加機器加算

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

5.リハビリテーションに関する診療体制

5-1.リハビリテーション関連職種の人数(病院全体)

	常勤	非常勤(常勤換算)	平均在職年数(常勤のみ)
医師	名	名	年
(回リハ病棟に関わるリハ科専門医)	名	名	年
(回リハ病棟に関わるリハ科認定臨床医)	名	名	年
(回リハ病棟に関わるリハ科医師)	名	名	年
(回リハ病棟に関わるその他の医師)	名	名	年
看護師	名	名	年
准看護師	名	名	年
看護補助者	名	名	年
(介護福祉士)	名	名	年
理学療法士(PT)	名	名	年
作業療法士(OT)	名	名	年
言語聴覚士(ST)	名	名	年
ソーシャルワーカー	名	名	年
(社会福祉士)	名	名	年
(回リハ病棟に関わる社会福祉士)	名	名	年
管理栄養士	名	名	年
義肢装具士	名	名	年
薬剤師	名	名	年
その他	名	名	年
	＜職種名を本欄に記入ください＞		

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

5-2.リハビリテーションを担当する医師の勤務体制

- <リハビリテーション関連資格一覧>
- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1a. リハビリテーション科専門医 | 9. 呼吸器外科専門医 |
| 1b. 日本リハビリテーション医学会認定臨床医 | 10. 義肢装具適合判定医師研修会修了(厚生労働省) |
| 2. 整形外科専門医 | 11a. 身体障害者福祉法第15条指定医(肢体不自由) |
| 3. 脳神経外科専門医 | 11b. 身体障害者福祉法第15条指定医(音声言語障害) |
| 4. 神経内科専門医 | 11c. 身体障害者福祉法第15条指定医(その他) |
| 5a. リウマチ専門医 | 12. 老年病専門医 |
| 5b. 日本整形外科学会認定リウマチ医 | 13. 温泉療法専門医 |
| 6. 循環器専門医 | 14. 日本脳卒中学会認定脳卒中専門医 |
| 7. 心臓血管外科専門医 | 15. 総合内科専門医 |
| 8. 呼吸器専門医 | 16. 認定内科医 |

#	リハビリテーションを担当する 医師名	常勤	非常勤	回リハ病棟での 勤務状況(割合 ^{**})		%	専門医など【複数回答可】 (上記一覧より番号(1a~16)を記入)																				
				専従・専任	兼務																						
1			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
2			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
3			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
4			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
5			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
6			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
7			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
8			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				

**非常勤医師で兼務の場合は勤務している日数における割合を算出して記入ください。

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

#	リハビリテーションを担当する 医師名	常勤	非常勤	回リハ病棟での 勤務状況(割合 ^{**})		%	専門医など【複数回答可】 (上記一覧より番号(1a~16)を記入)																				
				専従・専任	兼務																						
9			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
10			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
11			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
12			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
13			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
14			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
15			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				
16			週	日			<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <上記表に該当するものがない場合は 本欄に記入ください>																				

**非常勤医師で兼務の場合は勤務している日数における割合を算出して記入ください。

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

5-3.リハビリテーションに関係する専門看護師・認定看護師

#	専門・認定看護師名称(例:皮膚・排泄ケア認定看護師)	人数
1		名
2		名
3		名
4		名
5		名
合計		0名

5-4.リハビリテーションに関係する専門療法士・認定療法士

#	専門・認定療法士名称(例:栄養サポートチーム専門療法士)	人数
1		名
2		名
3		名
4		名
5		名
合計		0名

5-5.リハビリテーションに関係する介護福祉士

5-5-1.専門・認定介護福祉士

#	専門・認定介護福祉士名称(例:介護支援専門員(ケアマネジャー))	人数
1		名
2		名
3		名
4		名
5		名
合計		0名

5-5-2.介護プロフェッショナルキャリア段位制度(アセッサー)在籍者の有無

5-6.リハビリテーションに関係する認定社会福祉士

#	専門・認定社会福祉士名称(例:認定社会福祉士)	人数
1		名
2		名
3		名
4		名
5		名
合計		0名

5-7.リハビリテーションに関係する認定管理栄養士

#	専門・認定管理栄養士名称(例:認定管理栄養士)	人数
1		名
2		名
3		名
4		名
5		名
合計		0名

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

6.回復期リハビリテーション病棟入院患者に関するアクシデント・インシデントレポート*提出状況

*アクシデント・インシデントの定義は、病院の定義によるもので差し支えありません。

6-1.提出件数とリハビリ関係職種の提出状況

	件数	
	件	年
総数	0	年
医師		年
看護師・准看護師		年
PT		年
OT		年
ST		年
その他	<職種名を本欄に記入ください>	

6-2.報告されるアクシデント・インシデントレポートの主な内容

	アクシデント		インシデント	
	件	年	件	年
転倒・転落に関するもの		年		年
誤嚥・窒息に関するもの		年		年
誤認に関するもの		年		年
薬剤に関するもの		年		年
その他		年		年

7.退院時サマリーの作成状況

7-1.各職種の退院時サマリー作成状況

	作成率 (2週間以内)	記載内容の点検 チェック体制		記載者へのフィード バック
		実施	未実施	
医師	%			
看護師・准看護師	%			
PT	%			
OT	%			
ST	%			
その他	%	<職種名を本欄に記入ください>		

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

8.リハビリテーションに関する院内の教育・研修状況について

区分	研修会名称	開催頻度
新人向け		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
他職種向け		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年
		件 / 年

9.リハビリテーションに関する地域連携の状況

9-1.医療機関の間で情報交換・連携のための会議に参加していますか

	参加	不参加
自院開催会議	計 回 / 年	
他施設開催会議	計 回 / 年	

9-2.リハビリテーションに関する「地域連携クリニカル・パス(クリティカル・パス)」のための会議に参加していますか

	参加	不参加
自院開催会議	計 回 / 年	
他施設開催会議	計 回 / 年	

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

9-3.リハビリテーションに関する「地域連携クリニカル・パス(クリティカル・パス)」の活用状況

#	パスの名称	参加 医療機関数	中心で運営する 医療機関名	パスを用いて入院した 新入院患者数	全入院患者数	パス割合
1		施設		人 / 年	人 / 年	%
2		施設		人 / 年	人 / 年	%
3		施設		人 / 年	人 / 年	%
4		施設		人 / 年	人 / 年	%
5		施設		人 / 年	人 / 年	%
6		施設		人 / 年	人 / 年	%
7		施設		人 / 年	人 / 年	%
8		施設		人 / 年	人 / 年	%
9		施設		人 / 年	人 / 年	%
10		施設		人 / 年	人 / 年	%

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

9-4.回復期リハビリテーション病棟の入退院経路

		件数	
入院患者数 計		0	件 / 年
院内他棟から			件 / 年
他院(急性期病院)から			件 / 年
他院(回復期リハビリテーション病院)から			件 / 年
介護老人保健施設から			件 / 年
その他			件 / 年
退院患者数 計		0	件 / 年
居宅	自宅へ		件 / 年
	自宅以外へ		件 / 年
院内	急性期病棟へ		件 / 年
	慢性期病棟へ		件 / 年
他院	急性期へ		件 / 年
	慢性期へ		件 / 年
	回復期リハビリテーション病棟へ		件 / 年
	介護老人保健施設へ		件 / 年
	介護医療院へ		件 / 年
	福祉施設(特養など)へ		件 / 年
	その他		件 / 年

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

10.多職種が参加するリハビリテーションに関する院内カンファレンス

1 カンファレンス名称 :

主な検討内容 :

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}
医師			
看護師・准看護師			
PT			
OT			
ST			
社会福祉士			
看護補助者	人 / 回	回 / 月	名
管理栄養士			
薬剤師			
臨床心理士			
その他	＜職種名を本欄に記入ください＞		

2 カンファレンス名称 :

主な検討内容 :

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}
医師			
看護師・准看護師			
PT			
OT			
ST			
社会福祉士			
看護補助者	人 / 回	回 / 月	名
管理栄養士			
薬剤師			
臨床心理士			
その他	＜職種名を本欄に記入ください＞		

3 カンファレンス名称 :

主な検討内容 :

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}
医師			
看護師・准看護師			
PT			
OT			
ST			
社会福祉士			
看護補助者	人 / 回	回 / 月	名
管理栄養士			
薬剤師			
臨床心理士			
その他	＜職種名を本欄に記入ください＞		

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

4 カンファレンス名称 :

主な検討内容 :

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}
医師			
看護師・准看護師			
PT			
OT			
ST			
社会福祉士			
看護補助者	人 / 回	回 / 月	名
管理栄養士			
薬剤師			
臨床心理士			
その他	＜職種名を本欄に記入ください＞		

5 カンファレンス名称 :

主な検討内容 :

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}
医師			
看護師・准看護師			
PT			
OT			
ST			
社会福祉士			
看護補助者	人 / 回	回 / 月	名
管理栄養士			
薬剤師			
臨床心理士			
その他	＜職種名を本欄に記入ください＞		

6 カンファレンス名称 :

主な検討内容 :

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}
医師			
看護師・准看護師			
PT			
OT			
ST			
社会福祉士			
看護補助者	人 / 回	回 / 月	名
管理栄養士			
薬剤師			
臨床心理士			
その他	＜職種名を本欄に記入ください＞		

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日				
病院名								
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～ 西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点			

7 カンファレンス名称 : _____

主な検討内容 : _____

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}
医師			
看護師・准看護師			
PT			
OT			
ST			
社会福祉士			
看護補助者	人 / 回	回 / 月	名
管理栄養士			
薬剤師			
臨床心理士			
その他	<職種名を本欄に記入ください>		

8 カンファレンス名称 : _____

主な検討内容 : _____

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}
医師			
看護師・准看護師			
PT			
OT			
ST			
社会福祉士			
看護補助者	人 / 回	回 / 月	名
管理栄養士			
薬剤師			
臨床心理士			
その他	<職種名を本欄に記入ください>		

9 カンファレンス名称 : _____

主な検討内容 : _____

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}
医師			
看護師・准看護師			
PT			
OT			
ST			
社会福祉士			
看護補助者	人 / 回	回 / 月	名
管理栄養士			
薬剤師			
臨床心理士			
その他	<職種名を本欄に記入ください>		

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦	年	月	日					
病院名									
年間データ取得期間	西暦	年	月	日	～	西暦	年	月	日
時点データ取得日	西暦	年	月	日	時点				

10 カンファレンス名称 : _____
 主な検討内容 : _____

参加職種	参加者 ^{*1}	開催頻度 ^{*2}	対象患者数 ^{*3}		
医師	人 / 回	回 / 月	名		
看護師・准看護師					
PT					
OT					
ST					
社会福祉士					
看護補助者					
管理栄養士					
薬剤師					
臨床心理士					
その他				<職種名を本欄に記入ください>	

*1 カンファレンス1回あたりの平均参加職員数を記入ください

*2 1ヶ月あたりの平均開催数を記入ください

*3 1回あたりの平均症例検討数を記入ください

11.在宅療養支援に関する取組状況

11-1.外来リハビリテーション(医療保険)

11-2.通所リハビリテーション(介護保険)

11-3.訪問リハビリテーション(自院で算定しているものに限る)

※「1)自院のスタッフが直接訪問している」「2)関連の施設で実施している」を選択した場合のみ以下回答

	PT	OT	ST
訪問している療法士			

※訪問リハビリテーションに関する他の医療機関や訪問看護ステーションとの連携などの取り組みがあれば、その内容を具体的に記述してください。

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	西暦		年		月		日							
病院名														
年間データ取得期間	西暦		年		月		日	～ 西暦		年		月		日
時点データ取得日	西暦		年		月		日	時点						

「I.病院全体に関する設問」に記載した数値・内容等において、特に注意すべき事項があれば記載してください。

Ⅱ.回復期リハビリテーション病棟の状況

※回復期リハビリテーション病棟が複数ある場合は、本ファイルをコピーし病棟ごとにご記入ください。

※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	年	月	日				
病院名							
年間データ取得期間	年	月	日	～	年	月	日
時点データ取得日	年	月	日	時点			
病棟名							

1.病棟概要

1-1.病床数		床
1-2.病床利用率		%
1-3.非適応患者の病床種別		
1-4.平均在院日数		日
1-5.回復期リハビリテーション病棟入院料		

2.スタッフ数

2-1.病棟スタッフの配置状況*(病棟全体)

	人数	(病棟専従)
医師	人	人
看護師・准看護師 (看護師)	人	: 1 配置
看護補助者 (介護福祉士)	人	: 1 配置
理学療法士(PT)	人	人
作業療法士(OT)	人	人
言語聴覚士(ST)	人	人
ソーシャルワーカー (社会福祉士)	人	人
管理栄養士	人	人
その他	<職種名を本欄に記入ください>	
	人	

* いずれも常勤換算の人数をご記入ください。

パート勤務者の1ヶ月の実労働時間÷常勤者の所定労働時間

個々のパート勤務者の人員換算を合計し、小数点第1位までご記入ください。

2-2.入退院支援加算従事者の職種

--

3.勤務体制

3-1.各時間帯における職員の配置状況

	看護師・准看護師	看護補助者	PT	OT	ST
モーニングケア時の職員数	人	人	人	人	人
モーニングケアのおよその時間帯	(: ~ :)	(例)6:00～7:00			
朝食時の職員数	人	人	人	人	人
昼食時の職員数	人	人	人	人	人
夕食時の職員数	人	人	人	人	人
イブニングケア時の職員数	人	人	人	人	人
イブニングケアのおよその時間帯	(: ~ :)	(例)19:00～20:00			

3-2. 特定時間における勤務体制

	早朝 (起床～朝食後)	夜間 (夕食前～就寝)	土曜	日曜	祝日
PT					
OT					
ST					

※回復期リハビリテーション病棟が複数ある場合は、本ファイルをコピーし病棟ごとにご記入ください。
 ※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	年	月	日				
病院名							
年間データ取得期間	年	月	日	～	年	月	日
時点データ取得日	年	月	日	時点			
病棟名							

4.リハビリテーションに関する活動状況*

4-1.単位数 (直近の平日の1日 西暦 年 月 日)

個別	理学療法		作業療法		言語療法	
	単位	単位	単位	単位	単位	単位
患者数	人	人	人	人	人	人
療法士数	人	人	人	人	人	人

* 病棟全体で実施したPT,OT,STそれぞれの総単位数と訓練を受けた患者数、訓練を提供した療法士の数を記入してください

4-2.集団コミュニケーション療法の算定状況

※「1)算定している」を選択した場合は件数を記入ください。

件数	件 / 日
----	-------

4-3.摂食機能療法の算定状況

※「1)算定している」を選択した場合は件数を記入ください。

件数	件 / 日
----	-------

4-4.目標設定等支援・管理料の算定状況

※「1)算定している」を選択した場合は件数を記入ください。

件数	件 / 日
----	-------

4-5.カンファレンスの開催状況

1人の患者を対象として、月1回以上の割合で、多職種(医師、リハスタッフ、看護師、看護補助者、社会福祉士など)による計画書作成以外を目的とした合同カンファレンスを開催していますか。

--

※「1)実施している」を選択した場合のみ以下回答

4-5-1.1患者1回あたりのカンファレンス時間数

--

4-5-2.カンファレンス参加者

医師	
看護師・准看護師	
看護補助者	
PT	
OT	
ST	
社会福祉士	
管理栄養士	
薬剤師	
臨床心理士	
その他	<職種名を本欄に記入ください>

4-6.診療録の管理状況

4-6-1.診療録は一元化されていますか

--

4-6-2.電子化への対応状況

--

※回復期リハビリテーション病棟が複数ある場合は、本ファイルをコピーし病棟ごとにご記入ください。
 ※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	年	月	日
病院名			
年間データ取得期間	年	月	日 ~ 年 月 日
時点データ取得日	年	月	日 時点
病棟名			

5.連携と退院促進

5-1.入院に際しての主たる連携先

院内他病棟	関連病院		その他の病院		
	二次医療圏内	二次医療圏外	二次医療圏内	二次医療圏外	(連携バス適用)
					%

5-2.院外からの紹介患者の状態把握の方法、その実施割合と担当者

区分	割合	担当者			
		医師	社会福祉士	看護師	リハスタッフ
先方からのヒアリング	%				
患者に会いに行く	%				
患者の家族が来院	%				
患者本人が来院	%				

5-3.医師による病状や障害の説明及び患者指導

- 5-3-1.病状や障害の説明及び患者指導
 5-3-2.家族への介護指導
 5-3-3.外出・外泊指導
 5-3-4.退院前のサービス担当者会議

実施状況	実施割合
	%
	%
	%
	%

5-4.家屋訪問調査について

- 5-4-1.入院時訪問指導加算
 5-4-2.退院前の家屋訪問
 5-4-3.退院前家屋調査の同行スタッフ

実施状況	実施割合
	%
	%

医師	
PT	
OT	
ST	
社会福祉士	
介護支援専門員(ケアマネジャー)	
その他	<職種名を本欄に記入ください>

5-4-4.退院前家屋調査への患者の同伴

--

5-5.回復期リハビリテーション病棟で治療できない時、治療すべきではない時、及び急変時の連携先が決められていますか

院内他病棟	関連病院	紹介元病院	その他の病院

※回復期リハビリテーション病棟が複数ある場合は、本ファイルをコピーし病棟ごとにご記入ください。
 ※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	年	月	日
病院名			
年間データ取得期間	年	月	日 ~ 年
時点データ取得日	年	月	日 時点
病棟名			

6.病室の整備状況

※各タイプごとの病室数を記入ください。

	個室	2床室	3床室	4床室	5床室以上
合計	室	室	室	室	室
洗面付	室	室	室	室	室
トイレ付	室	室	室	室	室

7.(病棟内)浴室の整備状況

浴槽数(総数)	0 個
個別浴槽	個
多人数用浴槽	個
座位式機械浴槽	個
臥位式機械浴槽	個

8.(病棟内)トイレの整備状況

※病室付属のトイレを含む

便器数(総数)	0 個
個別トイレ	個
車椅子対応トイレ	個
患者用一般トイレ	個

9.(病棟内)車椅子の整備状況

※調査日に病棟で使用しているもの

車椅子数(総数)	0 個
標準型	個
リクライニング型	個
モジュラー型	個

10.(病棟内)ベッドの整備状況

※調査日に病棟で使用しているもの

ベッド数(総数)	0 個
電動ハイロー+キャッジアップ	個
電動キャッジアップのみ	個
上記以外	個

11.食堂の整備状況

11-1.食堂数

11-2.患者が使用可能なキッチンの数

	箇所
	箇所

12.談話室・談話コーナーの整備状況

※食堂と兼用の談話室・談話コーナーは算定しないこと
 (ただし、食堂に隣接している場合は除く)

談話室・談話コーナーの数

	箇所
--	----

13.病棟内訓練室の整備状況

病棟内訓練室もしくは病棟隣接型訓練室の有無

※「1)あり」を選択した場合は訓練室の面積を記入ください。

面積	m ²
----	----------------

14.面談室・面接室・相談室の整備状況

スタッフと患者・家族が面談するための部屋

	あり	なし
専用		
兼用		

※回復期リハビリテーション病棟が複数ある場合は、本ファイルをコピーし病棟ごとにご記入ください。
※本シートは、(一社)回復期リハビリテーション病棟協会の調査票を参考に作成しています。

記入日	年	月	日				
病院名							
年間データ取得期間	年	月	日	～	年	月	日
時点データ取得日	年	月	日	時点			
病棟名							

「Ⅱ.回復期リハビリテーション病棟の状況」に記載した数値・内容等において、特に注意すべき事項があれば記載してください。

--

記録や書類作成のタイミング	確認する記録・書類の用途	【参考】準備書類一覧(別紙)25「ケアプロセス・カンファレンス対象患者に関する書類」との対応	病院資料 (記録・書類の有無と名称を記入してください。)	作成時期 (例：入院前2週間、入院当日、入院後1週間、2週間毎、退院前1カ月など)	記録・書類に関する職種											自由記載欄 (特記事項があれば記入してください)		
					医師	看護師	介護職	P T	O T	S T	M S W	管理栄養士	薬剤師	その他職種	院外のスタッフ			
自宅復帰に向けた取り組み	◇ 家屋調査	◇ 家屋・周辺環境の調査	j. 家屋調査に関する情報が確認できるもの(該当の場合)															
		◇ 自宅での活動能力評価	s. 退院前訪問指導に関する情報が確認できるもの(該当の場合)															
	◇ 外出・外泊評価	◇ 屋外移動	t. 外出・外泊評価に関する情報が確認できるもの(該当の場合)															
		◇ 交通機関・公共施設の利用																
		◇ 自宅での外泊評価																
	◇ 退院後の計画の立案	◇ 退院前カンファレンス																
		◇ リハビリテーション総合実施計画書(最終)																
		◇ 医師による患者・家族への説明																
	◇ 退院時指導	◇ リハ指導																
		◇ 療養管理指導																
◇ 介護指導																		
◇ 入院食事栄養指導																		
◇ 薬剤管理指導																		
◇ 退院時訪問指導																		
◇ 社会保障制度活用指導		u. 医療ソーシャルワーカーによる患者・家族への説明資料(各種社会資源の説明や意思決定支援に用いた資料など)																
◇ 関係施設との連携	◇ 情報提供書・地域連携パスシート																	
退院	◇ 退院時の総括	◇ 退院時サマリー																
	◇ 退院後のフォロー	◇ サービス担当者会議																
		◇ 退院後訪問、アンケートなど																

その他、病院内で使用している独自の記録・書類など

記録・書類作成のタイミング	独自の記録・書類の用途	【参考】準備書類一覧(別紙)25「ケアプロセス・カンファレンス対象患者に関する書類」との対応	病院資料 (記録・書類の有無と書類名を記入してください。)	作成時期 (例：入院前2週間、入院当日、入院後1週間、2週間毎、退院前1カ月など)	記録・書類に関する職種											自由記載欄 (特記事項があれば記入してください)	
					医師	看護師	介護職	P T	O T	S T	M S W	管理栄養士	薬剤師	その他職種	院外のスタッフ		
◇	◇																
◇	◇																
◇	◇																
◇	◇																
◇	◇																
◇	◇																
◇	◇																

備考欄