

**支援センターの得意とするリハ医療の分野に関する調査票（案）**

病院名： \_\_\_\_\_

記入担当者所属： \_\_\_\_\_ 記入担当者名： \_\_\_\_\_

連絡先：(電話) \_\_\_\_\_ (Email) \_\_\_\_\_

**◆平成 22 年 月 日時点の貴院の状況について御回答ください。**

**【問 1】 届け出ているリハビリテーション関係の施設基準を下記から選択してください。**

1 回復期リハ病棟入院料1	8 脳血管疾患リハ料(Ⅰ)	15 障害児(者)リハ料
2 重症患者回復病棟加算	9 脳血管疾患リハ料(Ⅱ)	16 集団コミュニケーション療法料
3 回復期リハ病棟入院料2	10 脳血管疾患リハ料(Ⅲ)	17 摂食機能療法
4 亜急性期入院医療管理料1	11 運動器リハ料(Ⅰ)	18 視能訓練
5 亜急性期入院医療管理料2	12 運動器リハ料(Ⅱ)	19 難病患者リハ料
6 心大血管疾患リハ料(Ⅰ)	13 呼吸器リハ料(Ⅰ)	
7 心大血管疾患リハ料(Ⅱ)	14 呼吸器リハ料(Ⅱ)	

**【問 2】 貴院で特に患者数の多い疾患・障害を下記から選択してください（上位5つまで）。**

1 脳卒中	6 小児疾患(脳性麻痺等)	11 腎臓・内分泌疾患
2 外傷性脳損傷	7 神経筋疾患	12 がん
3 脊髄損傷	8 切断	13 廃用症候群
4 関節リウマチ	9 呼吸器疾患(COPD 等)	14 高次脳機能障害
5 骨関節疾患	10 循環器疾患	15 嚥下障害
		16 その他( )

**【問 3】 貴院で特に重点的に実施している療法について、下記に御記入ください。**

療法名	療法の具体的な内容	実施件数
	対象疾患： 内容：	
	対象疾患： 内容：	
	対象疾患： 内容：	

※ 「実施件数」は、年間(20年度)・直近1月など、把握できる期間内の患者数、当該療法実施回数等を記入してください。

※ 書き切れない場合は別紙を添付してください。

**【問 4】 得意とするリハ医療の分野を、下記から選択してください。**

1 脳卒中	6 小児疾患(脳性麻痺等)	11 腎臓・内分泌疾患
2 外傷性脳損傷	7 神経筋疾患	12 がん
3 脊髄損傷	8 切断	13 廃用症候群
4 関節リウマチ	9 呼吸器疾患(COPD 等)	14 高次脳機能障害
5 骨関節疾患	10 循環器疾患	15 嚥下障害
		16 その他( )

※ ほかの支援センターがその分野で人材育成支援(研修等)を行う場合に、支援・協力(資料・医療情報の提供、研修講師の派遣等)を行うことができるかどうかという観点から御回答ください。

【問5】問4で回答した分野について、ほかの支援センターが研修を実施する場合に、講師として派遣できる職員がいる場合には、その方について御回答ください。

職種	氏名	専門・資格等	研修講師等実績

※ 書き切れない場合は別紙を添付してください。

【問6】問4で回答した分野について、ほかの支援センターと共有して使用できるテキスト等の有無を御回答ください。

有 ・ 無

【問7】《問6で有と回答した場合》 差し支えなければそのテキスト等を添付してください。

【問8】《問6で無と回答した場合》 今後テキスト等を作成することは可能ですか。

できる ・ できない

【問9】貴院の地域リハ支援事業に係る協力施設の有無と、有の場合はその協力施設について御回答ください。

有 ・ 無

《有の場合》

協力施設の名称	貴院との具体的な協力内容	協力施設の得意なりハ医療 (問2・4の選択肢から選択)

※ ここでいう「協力施設」には、都の指定がない(都へ報告していない)ものも含まれます。

※ 「具体的な協力内容」には「〇〇区に所在する〇〇病院で、区内で開催する研修会の運営等のほか、区内施設からの相談受付を実施している。」