がんリハビリテーション実態調査項目（案）

資料３―２

この調査は、入院期間が短縮されることにより、がん治療に伴うリハビリテーションが十分に実施されないまま退院し、日常生活に支障が生じる等、患者のADLの低下につながっていないか、またそのような事態である場合、どのようなサポートが必要かを把握するためのものです。今後の施策の参考にさせていただきますので、調査へのご協力をお願いします。

問１　人員体制について

がん患者リハビリテーションを行っている人員についてお聞きします。令和6年4月1日時点で配置されている人員体制についてご回答ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 常勤 |
| ※がん患者リハビリテーション研修受講済 | リハビリテーションに係る経験あり |
| 医師 | 名 | 名 |
| 理学療法士 | 名 | 名 |
| 作業療法士 | 名 | 名 |
| 言語聴覚士 | 名 | 名 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 非常勤 |
| ※がん患者リハビリテーション研修受講済 | リハビリテーションに係る経験あり |
| 医師 | 名 | 名 |
| 理学療法士 | 名 | 名 |
| 作業療法士 | 名 | 名 |
| 言語聴覚士 | 名 | 名 |

※がん患者リハビリテーション研修受講済とは以下の要件を充足している場合をいう

イ．医療関係団体等が主催するものであること。

ロ．研修期間は通算して14時間程度のものであること。

ハ．研修内容に以下の内容を含むこと。

（ａ）がん患者のリハビリテーションの概要

（ｂ）周術期リハビリテーションについて

（ｃ）化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて

（ｄ）がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーションの障害に対するリハビリテーションについて

（ｅ）がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて

（ｆ）進行癌患者に対するリハビリテーションについて

ニ．研修にはワークショップや、実際のリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。

ホ．リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ１名以上参加して行われるものであること。

問２　入院期間中にがん患者へ実施したリハビリテーション（＊１）についてお答えください。

＊１ 以降の設問において「身体的リハビリテーション」と定義する。

□運動療法（障がいや疾患の治療や予防のために運動）

□実用歩行訓練

□日常生活活動訓練

□物理療法

□応用的動作能力

□社会的適応能力の回復等

□その他（上記以外の取り組みを行っている場合は、下記に記載をお願いします）

問３　令和６年４月１日～30日における入院がん患者数（＊２）についてお答えください。

＊２ 同一患者が当月中に2回入院した場合１人とする。入院した患者がその日のうちに退院した場合も計上する。

問4　問３の内、入院期間中にリハビリテーションを行ったがん患者数についてお答えください。

問５　問４の内、退院後のリハビリテーションが医師の判断により必要であるとされたがん患者

数についてお答えください。

問６　問５の内、自施設又は他施設で退院後のリハビリテーションを受けたがん患者数についてお答えください。

問７　問６の内、自施設で退院後のリハビリテーションを受けた患者の算定件数についてお答えください。

心大血管疾患リハビリテーション料　Ⅰ　　●件

心大血管疾患リハビリテーション料　Ⅱ　　●件

脳血管疾患等リハビリテーション料　Ⅰ　　●件

脳血管疾患等リハビリテーション料　Ⅱ　　●件

脳血管疾患等リハビリテーション料　Ⅲ　　●件

廃用症候群リハビリテーション料 　Ⅰ　　●件

廃用症候群リハビリテーション料 　Ⅱ　　●件

廃用症候群リハビリテーション料 　Ⅲ　　●件

運動器リハビリテーション料 　Ⅰ　　●件

運動器リハビリテーション料 　Ⅱ　　●件

運動器リハビリテーション料 　Ⅲ　　●件

呼吸器リハビリテーション料 　Ⅰ　　●件

呼吸器リハビリテーション料 　Ⅱ　　●件

その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　●件

問８　退院後、通所リハビリテーション等を利用していないがん患者へ、拠点病院として、どのようなサポートをしていますか。下記よりご選択ください。（複数選択可）

□セルフケアとしてリハビリテーションに係る動画等を作成し、退院時に配布している

□診療の都度ADL等を確認の上、助言を行っている

□全額自己負担による外来リハビリテーションとして実施している

□その他（上記以外の取り組みを行っている場合は、下記に記載をお願いします）

□特になし