資料７

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

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３月１日時点の貴院の状況について御回答ください。

◆書ききれない質問については、別紙を添付してください。

【問１】貴院のリハビリテーション実施患者で、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	７　神経筋疾患	13　廃用症候群
２　外傷性脳損傷	８　切断	14　高次脳機能障害
３　脊髄損傷	９　呼吸器疾患（COPD 等）	15　嚥下障害
４　関節リウマチ	10　循環器疾患	16　認知症
５　骨関節疾患	11　腎臓・内分泌疾患	17　その他
６　小児疾患（脳性麻痺等）	12　がん	（　　　　　　）

【問２】貴院で特に重点的に実施しているリハビリの内容について下記に御記入ください。

対象疾患	具体的な内容（治療法に名称があれば御記載ください）	実施件数

※「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。

【問３】貴院が得意とするリハ医療の分野・対象疾患を、下記から選択してください。

１　脳卒中	７　神経筋疾患	13　廃用症候群
２　外傷性脳損傷	８　切断	14　高次脳機能障害
３　脊髄損傷	９　呼吸器疾患（COPD 等）	15　嚥下障害
４　関節リウマチ	10　循環器疾患	16　認知症
５　骨関節疾患	11　腎臓・内分泌疾患	17　その他
６　小児疾患（脳性麻痺等）	12　がん	（　　　　　　）

※「得意とする」とは、診療実績や学会等での評価だけではなく、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、貴院が支援・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判断ください。

【問４】問３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	派遣可能回数

※「派遣可能回数」には、当該職員を「半日単位で何回講師として派遣可能か」を御記入ください。

【問５】問３で回答した分野について、過去に貴院がその分野で研修を実施した際に作成したテキスト等で、ほかの支援センターが同分野の研修を実施する際、共有して使用してもよいテキスト等がありますか。

「有」の場合、差し支えなければそのテキスト等を添付してください（コピー可)。

有　・　無

※　過去に貴院が使用したものであっても、市販のものや第三者が作成したものは含みません。

※　貴院が作成し、研修に用いたものであれば、内容のレベルや対象職種等は問いません。

【問６】≪問５で無と回答した場合≫　問３で回答した分野について、今後ほかの支援センターが同分野の研修を実施する際に、標準テキストとして使用できる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７】貴院が地域リハ支援事業として過去に実施した研修等のうち、特に手応えを感じたもの、効果があったと感じたもの等について、下記に御回答ください。

名称	研修形態	対象職種	参加者数	手応えを感じた理由
	ア　・　イ　・　ウ エ（　　　　　　　）			
	ア　・　イ　・　ウ エ（　　　　　　　）			
	ア　・　イ　・　ウ エ（　　　　　　　）			

※「研修形態」は「ア　講演会」「イ　実習」「ウ　グループワーク」「エ　その他（具体的な形態を括弧書き)」から、もっとも近いものを１つ選択してください。

【問８】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

協力施設の名称	貴院との具体的な協力内容	協力施設の得意なリハ医療 （問１・3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）ものも含みますが、患者紹介等、通常の医療連携で協力しているだけの施設は含みません。