

問9 続き

5 1の退棟患者の退棟後の居場所について、貴院の所在する二次医療圏からみた場合の居場所として、それぞれ該当する人数をご記入ください。
 なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏マップをご参照ください。

他院（病院） ※4⑥～⑨の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
	② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
	③ 他の都道府県		人
他院（有床診療所） ※4⑩と一致	① 同じ二次医療圏		人
	② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
	③ 他の都道府県		人
介護老人保健施設（老人保健施設） ※4⑪と一致	① 同じ二次医療圏		人
	② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
	③ 他の都道府県		人
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ※4⑫と一致	① 同じ二次医療圏		人
	② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
	③ 他の都道府県		人
その他の居住系サービス等の施設 ^注 ※4⑬～⑮の合計と一致	① 同じ二次医療圏		人
	② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏		人
	③ 他の都道府県		人
6 4①の在宅への退棟患者のうち、退院前訪問指導を実施した患者			人
7 4①の在宅への退棟患者のうち、退院に向けた家屋調査を実施した患者			人

注. その他の居住系サービス等の施設とは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指します。

問10 貴棟の平成21年1月～6月の6カ月間の在宅復帰率^{注1}、重症患者回復率^{注2}をご記入ください。

1 平成21年1月～6月の6カ月間における在宅復帰率（小数点第一位まで）	.	%
2 平成21年1月～6月の6カ月間における重症患者回復率（小数点第一位まで）	.	%

注1. 在宅復帰率の計算方法は以下の通りです。

$$\text{在宅復帰率} = \frac{\text{1月～6月の6カ月間に他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数}}{\text{1月～6月の6カ月間に貴棟から退棟した患者数}}$$

注2. 重症患者回復率の計算方法は以下の通りです。なお、重症の患者とは、日常生活機能評価で10点以上の患者のことをいいます。

$$\text{重症患者回復率} = \frac{\text{1月～6月の6カ月間に退棟した重症の患者（入院期間が通算される再入院の患者を除く）であって、入棟時と比較し日常生活機能評価が3点以上改善した患者数}}{\text{1月～6月の6カ月間に貴棟に入棟していた重症の患者数}}$$

■貴病棟におけるリハビリテーションの実施体制についてお伺いいたします。

問11 貴棟全体で、平成21年●月●日に実施したリハビリテーションの実施単位数をご記入ください。

1 脳血管疾患等リハビリテーション	理学療法 () 単位	作業療法 () 単位	言語療法 () 単位
2 運動器リハビリテーション	理学療法 () 単位	作業療法 () 単位	言語療法 () 単位
3 心大血管疾患リハビリテーション	理学療法 () 単位	作業療法 () 単位	言語療法 () 単位
4 呼吸器リハビリテーション	理学療法 () 単位	作業療法 () 単位	言語療法 () 単位

問12 貴棟で実施するリハビリテーションの実施場所として該当するもの全てに○をつけてください。

1 理学療法	01 病室内	02 病棟内のリハビリ室	03 病棟内 (01・02を除く)
	04 病院内のリハビリ室 (02を除く)		05 その他
2 作業療法	01 病室内	02 病棟内のリハビリ室	03 病棟内 (01・02を除く)
	04 病院内のリハビリ室 (02を除く)		05 その他
3 言語療法	01 病室内	02 病棟内のリハビリ室	03 病棟内 (01・02を除く)
	04 病院内のリハビリ室 (02を除く)		05 その他

問13 貴棟では、リハビリテーション総合実施計画の作成・評価を目的に、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、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、ソーシャルワーカー等）による合同カンファレンスを実施していますか。

01 している（⇒問13-1、13-2へお進みください）

02 していない（⇒問14へお進みください）

問13-1 1人の患者に要する合同カンファレンス1回当たりの時間は平均的にどの程度ですか。該当するものを1つお選びください。（○は1つ）

01 15分未満

03 20分以上 30分未満

02 15分以上 20分未満

04 30分以上

問13-2 合同カンファレンスに参加している職種として、該当するもの全てに○をつけてください。

01 医師

05 薬剤師

09 ソーシャルワーカー

02 看護師

06 理学療法士

10 その他

03 准看護師

07 作業療法士

04 看護補助者

08 言語聴覚士

問14 貴棟で実施している合同カンファレンス以外の情報共有の方法として、該当するもの全てに○をつけてください。

01 定期的にミニカンファレンス（医師の参加あり）を開催

02 定期的にミニカンファレンス（医師の参加なし）を開催

03 必要に応じて（定期的ではなく）ミニカンファレンスを開催

04 その他（ ）

問15 貴棟におけるカルテ・各種記録の状況について、該当するもの全てに○をつけてください。

01 看護師専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化している

02 リハビリスタッフ専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化している

03 ソーシャルワーカー専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化している

04 いかなるスタッフであっても、いつでも自由にカルテを閲覧できる

05 医師の作成するカルテが電子化されている

06 看護師の作成する各種記録が電子化されている

07 リハビリスタッフの作成する各種記録が電子化されている

08 ソーシャルワーカーの作成する各種記録が電子化されている

■貴棟の退院支援体制についてお伺いします。

問16 貴棟では、病棟として退院支援^注を実施していますか。

01 実施している（問16-1にお進みください） 02 実施していない（本問で終了です）

注. 退院支援とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行うことをいいます。

問16-1 貴棟で実施している活動内容として、該当するもの全てに○をつけてください。

- 01 入院中の治療方針に関する説明と退院までの見通しの説明
- 02 継続的な療養管理が可能な状態となるまでの期間と退院日の設定
- 03 退院後の居場所に関する調整
- 04 患者や家族に対するカウンセリングと精神的支援
- 05 患者への治療に係る目標管理と退院指導
- 06 家族への介護技術と医療技術の指導
- 07 介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整
- 08 利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援
- 09 退院当日や退院後の療養相談
- 10 退院後の定期的な患者の状態確認
- 11 その他 ()

■回復期リハビリテーション病棟に関する診療報酬として導入された「質の評価」についてのご意見等をご自由にご記入ください。

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成21年度調査）
回復期リハビリテーション病棟の実態調査（案）

- 平成21年●月1カ月間に、回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者（ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者のみ）の状況について、患者1人につき本調査票1部をご記入ください。
●病棟番号は、当該患者が退棟した病棟についての【病棟票】に記入された番号と同じ番号をご記入ください。

病棟番号

■患者の基本的事項

1 性別	01 男性 02 女性	2 年齢	(7月1日現在) _____ 歳
3 発症・受傷前の居宅の有無	01 有り 02 無し		
4 発症・受傷前の居宅での介護者の状況 (○は1つ) <small>※3で「01 有り」の場合のみご記入ください。</small>	01 独居であり、介護者は全くいない		
	02 独居ではないが、家族等が仕事・病気等のため、介護者は全くいない		
	03 独居ではないが、日中は独居に相当する(夜間は介護者がいる)		
	04 常時、介護者(家族・友人等)が1人いる		
	05 常時、介護者(家族・友人等)が複数いる		

■入棟時の状況

1 発症・受傷日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	2 入棟日	平成21年 ____ 月 ____ 日		
3 原因疾患 (○は1つ)	01 脳血管疾患 03 頭部外傷				
	02 脊髄損傷 04 その他の脳血管系疾患				
	05 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折				
	06 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷				
	07 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群				
	08 その他 (_____)				
	4 高次脳機能障害の有無				
	01 有り 02 無し		↓該当する症状等に○をしてください (失語・失行・失認・半側空間無視・その他)		
5 医療処置の状況 (○はいくつでも)					
01 中心静脈栄養 04 気管切開 07 ドレーン法・胸腹腔洗浄					
02 経鼻経管栄養 05 人工透析 08 インスリン皮下注射					
03 胃ろう、腸ろう 06 尿道バルーン 09 その他 (_____)					
6 入棟前の居場所 (○は1つ)	01 在宅				
	02 自院の他の回復期リハビリテーション病棟				
	03 02以外の自院の一般病床				
	04 02以外の自院の療養病床				
	05 02～04以外の自院のその他の病床				
	06 他の病院の回復期リハビリテーション病棟				
	07 06以外の他の病院の一般病床				
	08 06以外の他の病院の療養病床				
	09 06～08以外の他の病院のその他の病床				
7 日常生活機能評価	① 床上安静の指示	点	⑧ 口腔清潔	点	
	② どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	点	⑨ 食事摂取	点	
	③ 寝返り	点	⑩ 衣服の着脱	点	
	④ 起き上がり	点	⑪ 他者への意思の伝達	点	
	⑤ 座位保持	点	⑫ 診療・療養上の指示が通じる	点	
	⑥ 移乗	点	⑬ 危険行動	点	
	⑦ 移動方法	点			
	8 バーセル指数	① 食事	点	⑥ 平地歩行	点
		② 移乗	点	⑦ 階段昇降	点
		③ 整容	点	⑧ 更衣	点
④ トイレ動作		点	⑨ 排便コントロール	点	
⑤ 入浴		点	⑩ 排尿コントロール	点	

■入棟期間中に実施したリハビリテーションの単位数

		入棟日の属する週の 翌週1週間		退棟日の属する週の 前週1週間	
1 脳血管疾患等リハビリテーション料	理学療法		単位		単位
	作業療法		単位		単位
	言語療法		単位		単位
2 心大血管疾患リハビリテーション料	理学療法		単位		単位
3 運動器リハビリテーション料	理学療法		単位		単位
	作業療法		単位		単位
4 呼吸器リハビリテーション料	理学療法		単位		単位
	作業療法		単位		単位
5 集団コミュニケーション療法料	言語療法		単位		単位
6 入棟期間中に1週間以上リハビリテーションを中止したことの有無			01 有り	02 無し	

■退棟時の状況

1 退棟日	平成21年●月●日				
2 算定した診療報酬 (○はいくつでも)	01 地域連携診療計画管理料	03 退院調整加算			
	02 地域連携診療計画退院時指導料	04 後期高齢者退院調整加算			
3 退棟後の居場所 (○は1つ)	01 在宅	10 有床診療所			
	02 自院の他の回復期リハビリテーション病棟	11 介護老人保健施設(老人保健施設)			
	03 02以外の自院の一般病床	12 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)			
	04 02以外の自院の療養病床	13 グループホーム			
	05 02~04以外の自院のその他の病床	14 有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)			
	06 他の病院の回復期リハビリテーション病棟	15 高齢者専用賃貸住宅			
	07 06以外の他の病院の一般病床	16 障害者支援施設			
	08 06以外の他の病院の療養病床	17 死亡			
	09 06~08以外の他の病院のその他の病床	18 その他			
3 退棟時の転帰 (○は1つ)	01 治癒	03 不変	05 死亡		
	02 軽快	04 悪化	06 その他		
4 日常生活機能評価	① 床上安静の指示	点	⑧ 口腔清潔	点	
	② どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	点	⑨ 食事摂取	点	
	③ 寝返り	点	⑩ 衣服の着脱	点	
	④ 起き上がり	点	⑪ 他者への意思の伝達	点	
	⑤ 座位保持	点	⑫ 診療・療養上の指示が通じる	点	
	⑥ 移乗	点	⑬ 危険行動	点	
	⑦ 移動方法	点			
5 バースル指数	① 食事	点	⑥ 平地歩行	点	
	② 移乗	点	⑦ 階段昇降	点	
	③ 整容	点	⑧ 更衣	点	
	④ トイレ動作	点	⑨ 排便コントロール	点	
	⑤ 入浴	点	⑩ 排尿コントロール	点	
6 退棟決定の状況 (○は1つ)	01 予定よりも早く退棟できた				
	02 特に問題なく、予定通りに退棟できた				
	03 病状悪化等の理由により、退棟が延びていた				
	04 入所・入院する施設の都合で、退棟が延びていた				
	05 在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退棟が延びていた				
	06 在宅に戻る予定だったが、介護保険サービスの利用開始待ちのため、退棟が延びていた				
	07 その他()				

■退棟後の状況(退棟後の居場所が「病院」「老健」「特養」「障害者支援施設」以外の場合)

1 通院先	01 自院の外来	02 他院の外来	03 不明
2 退院後の方針	01 介護保険のリハビリを利用	02 医療保険のリハビリを利用	03 不明
	該当するサービスに ○をしてください (通所リハビリ・訪問リハビリ・短期入所療養介護・その他)		

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）
ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査
調査票（案）

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用するものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

※本調査票は、貴施設の管理者の方と禁煙治療を担当する医師の方とでご相談の上、ご記入ください。
 ※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。()内に入る数値がない場合には、「0(ゼロ)」をご記入ください。
 ※調査時点は平成 21 年 7 月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①施設種別 ※1つだけ選択	1. 病院 → 許可病床数 () 床 2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床 3. 無床診療所
②開設主体 ※1つだけ選択	1. 国等 2. 公立 3. 公的機関 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人
③標榜診療科 ※あてはまる番号すべて	1. 内科 2. 呼吸器科 3. 消化器科(胃腸科) 4. 循環器科 5. 小児科 6. 精神科 7. 神経科 8. 神経内科 9. 心療内科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 外科 13. 整形外科 14. 形成外科 15. 美容外科 16. 脳神経外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 小児外科 20. 産婦人科 21. 産科 22. 婦人科 23. 眼科 24. 耳鼻いんこう科 25. 気管食道科 26. 皮膚科 27. 泌尿器科 28. 性病科 29. こう門科 30. リハビリテーション科 31. 放射線科 32. 麻酔科 33. 歯科 34. 矯正歯科 35. 小児歯科 36. 歯科口腔外科

2. ニコチン依存症管理料の算定対象となる禁煙治療の状況及び体制等についてお伺いします。

①ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期	平成 () 年 () 月
②貴施設では、保険適用（ニコチン依存症管理料）とは別に、自由診療で禁煙治療を行っていますか。 ※1つだけ選択し、選択肢「1」または「2」を選択した場合は、質問②-1 についてもご回答をお願いします。	1. ニコチン依存症管理料の施設基準届出よりも前から行っている 2. ニコチン依存症管理料の施設基準届出以降行っている → ②-1 それは、どのような場合ですか。 ※あてはまる番号すべて 1. 患者要件等のため保険が適用されない場合に実施 2. 保険による禁煙治療後に追加治療として実施 3. 以前は行っていたが、今は行っていない 4. 以前から行っていない

③禁煙治療に携わる職員数 ※実人数	医師数	()人	看護師数	()人				
	その他の職員数	()人						
④禁煙治療に携わる医師の 禁煙治療に携わっている 年数 ※現在の禁煙治療に携わる 診療時間が長い医師最大 4名まで記載	A. 医師	約 (.) 年	B. 医師	約 (.) 年				
	C. 医師	約 (.) 年	D. 医師	約 (.) 年				
⑤禁煙治療の体制 ※1つだけ選択	1. 専門外来を設置するなど、特別の体制で禁煙治療を実施している 2. 通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している 3. 1. と 2. の両方 4. その他 (具体的に)							
⑥禁煙指導の実施者 ※1つだけ選択	1. 医師のみで行っている 2. 医師の指導に加えて、看護師等の他の医療職種も指導している →⑥-1 禁煙指導に携わっている他職種をすべてお選びください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 保健師</td> <td style="width: 50%;">2. 看護師 (保健師を除く)</td> </tr> <tr> <td>3. 薬剤師</td> <td>4. その他 (具体的に)</td> </tr> </table> 3. その他 (具体的に)				1. 保健師	2. 看護師 (保健師を除く)	3. 薬剤師	4. その他 (具体的に)
1. 保健師	2. 看護師 (保健師を除く)							
3. 薬剤師	4. その他 (具体的に)							
⑦-1 患者さんに対する1回 あたりの平均指導時間 (初回の指導)	1) 医師の指導時間	約 () 分	2) 他の医療職の 指導時間	約 () 分				
⑦-2 患者さんに対する1回 あたりの平均指導時間 (2回目以降の指導)	1) 医師の指導時間	約 () 分	2) 他の医療職の 指導時間	約 () 分				
⑧貴施設では、どのような 禁煙治療を行っています か。 ※1つだけ選択	1. 標準手順書に従った禁煙治療を行っている 2. 標準手順書に加えて独自の禁煙治療手順を作成し、禁煙治療を行っている 3. その他 (具体的に)							

3. ニコチン依存症管理料を算定した患者で、5回の禁煙治療の途中で中断してしまった患者がいた場合、貴施設が把握している中断理由があれば、具体的に記述してください。

(1) 禁煙治療中断時に禁煙していた患者の場合

(2) 禁煙治療中断時に喫煙していた患者の場合

4. ニコチン依存症管理料について、今後の課題・要望等がございましたら、自由にお書きください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。様式2のご記入もよろしくお願い申し上げます。