

問8 貴院の外來患者数及び新入院患者数について、平成20年6月と平成21年6月の1ヶ月の状況をご記入下さい。

	平成20年6月	平成21年6月
(1) 外來患者数	人	人
(2) [再掲] 病院からの紹介患者数	人	人
(3) 新入院患者数	人	人
(4) [再掲] 病院からの転院患者	人	人
(5) [再掲] 一般病院からの転院患者	人	人
(6) [再掲] 回復期リハビリテーション病院からの転院患者	人	人
(7) [再掲] 療養病棟からの転院患者	人	人
(8) [再掲] 他診療所からの紹介患者	人	人

問9 貴院における平成21年6月の1ヶ月の退院患者数について、以下の区分ごとにその状況をご記入下さい。

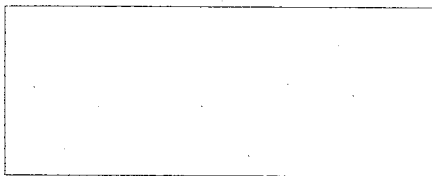
	平成21年6月
(1) 退院患者数	人
(2) [再掲] 他院へ転院した患者	人
(3) [再掲] 自院の外來に通う患者	人
(4) [再掲] 他診療所の外來に通う患者	人
(5) [再掲] 死亡退院した患者	人

問10 貴院が地域連携診療計画退院時指導料を算定している場合は、平成21年6月の1ヶ月に、貴院において地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者全てについて、該当する箇所ごとの状況をご記入下さい。

	平成21年6月
■計画算定病院からの転院時について	
(1) 日常生活機能評価の合計点数の平均値	点
■貴院からの退院時について	
(2) 算定患者の平均在院日数	日
(3) 日常生活機能評価の合計点数の平均値	点
(4) 設定された総治療期間内に退院できた患者の数	人
(5) 設定された総治療期間内に退院できなかった場合の主な理由 (○は1つ)	
01 病状が安定せず、退院が遅延した	
02 入所・転院する施設が都合で、退院が遅延した	
03 退院先である在宅で、家族等の受け入れ体制が整わず、退院が遅延した	
04 退院先である在宅での介護保険サービスの利用開始待ちのため、退院が遅延した	
05 その他 ()	

施設票

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)



●特に指示がある場合を除いて、平成21年●月●日現在の状況についてお答えください。
●数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「0」(ゼロ)をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成21年()月()日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■貴院の概況についてお伺いします。

問1 貴院の開設者について該当するものをお選びください。(○は1つ)

01 国 (厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構等)
02 公的医療機関 (都道府県、市町村、一部事務組合、市、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)
03 社会保険関係団体 (全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興財団、船員保険会、健康保険組合、共済連合会、国民健康保険連合会)
04 医療法人
05 個人
06 その他 (公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社等)

問2 貴院の承認等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 高度救命救急センター	08 特定機能病院
02 救命救急センター	09 地域医療支援病院
03 二次救急医療機関	10 DPC対象病院
04 災害拠点病院	11 DPC準備病院
05 総合周産期母子医療センター	12 がん診療連携拠点病院
06 地域周産期母子医療センター	13 専門病院 ^注
07 小児救急医療拠点病院	

注: 専門病院とは、主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものをいいます。

問11 貴院の医療機能に係る今後の方針について該当するものをお選びください。

(1) 貴病院では特定の医療機能 (急性期医療機能や療養機能など) への特化を予定されていますか (○は1つ)

01 特化する予定である	02 特化する予定はない
--------------	--------------

(2) [(1)で「01 特化する予定である」場合のみ] 今後、特化する予定の医療機能はどちらですか。(○は1つ)

01 急性期医療機能	02 回復期リハビリ機能	03 療養機能
------------	--------------	---------

(3) [(1)で「01 特化する予定である」場合のみ] 今後、特化する予定の医療機能はどちらですか。(○は1つ)

01 保持、拡充する予定がある	02 保持、拡充する予定はない
-----------------	-----------------

(4) (1)の方針の理由についてご記入ください。
【自由回答】

問12 貴院の連携に係る今後の方針について該当するものをお選びください。

(1) 貴病院では連携する医療機関についてどのような方針をお持ちですか (○は1つ)

01 増やしたい	02 減らしたい	03 現状のままでよい
----------	----------	-------------

(2) [(1)で「01 増やしたい」場合のみ] 今後の連携先として増やしたい医療機能はどちらですか。また、その医療機能を持つ医療機関は地域に十分にありますが。(○はいくつでも)

01 急性期医療機能	02 亜急性期医療機能	03 回復期リハビリ機能	04 療養機能
01 地域に十分にある	01 地域に十分にある	01 地域に十分にある	01 地域に十分にある
02 地域に十分でない	02 地域に十分でない	02 地域に十分でない	02 地域に十分でない
03 地域に全くない	03 地域に全くない	03 地域に全くない	03 地域に全くない
04 不明	04 不明	04 不明	04 不明

(3) (2)の方針の理由についてご記入ください。
【自由回答】

■最後に、本調査に関連した事項でご意見等がございましたら、下欄に自由に書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、〇月〇日(〇)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

問3 貴院、または貴院の併設施設・事業所で提供しているサービスとして該当するもの全てに○をつけてください。

1 施設サービス	01 介護老人保健施設	02 介護老人福祉施設		
2 通所サービス	01 通所リハビリ	02 通所介護		
3 短期入所サービス	01 短期入所療養介護	02 短期入所生活介護		
4 訪問サービス	01 訪問リハビリ	02 訪問看護	03 訪問介護	04 訪問入浴
5 居宅介護支援事業所	01 有	02 無		
6 その他	01 グループホーム	03 軽費老人ホーム		
	02 有料老人ホーム	04 高齢者専用賃貸住宅		

■貴院の届出施設基準等についてお伺いします。

問4 貴院で施設基準の届出を行っているリハビリテーション科について、該当するもの全てに○をつけてください。

01 心大血管疾患リハビリテーション科 (I)	07 運動器リハビリテーション科 (II)
02 心大血管疾患リハビリテーション科 (II)	08 呼吸器リハビリテーション科 (I)
03 脳血管疾患等リハビリテーション科 (I)	09 呼吸器リハビリテーション科 (II)
04 脳血管疾患等リハビリテーション科 (II)	10 難病患者リハビリテーション科
05 脳血管疾患等リハビリテーション科 (III)	11 障害児 (者) リハビリテーション科
06 運動器リハビリテーション科 (I)	12 集団コミュニケーション療法科

問5 貴院で平成21年4月～6月に算定した診療報酬として該当するもの全てに○をつけてください。

01 回復期リハビリテーション病棟入院料1	06 7対1入院基本料 (一般病棟) ^注
02 回復期リハビリテーション病棟入院料2	07 10対1入院基本料 (一般病棟)
03 重症患者回復病棟加算	08 13対1入院基本料 (一般病棟)
04 亜急性期入院医療管理料1	09 15対1入院基本料 (一般病棟)
05 亜急性期入院医療管理料2	10 療養者施設等入院基本料

注: 7対1入院基本料 (一般病棟入院基本料) を算定している場合は、「08 7対1入院基本料 (一般病棟)」をお選びください。

問6 貴院における平成20年6月1カ月間、および平成21年6月1カ月間の外來患者延数、入院患者延数をご記入ください。

	平成20年6月	平成21年6月
1 外來患者延数	人	人
2 入院患者延数	人	人

問7 平成21年●月●日時点の届出病床数、及び6月1カ月間の在院患者延数をご記入ください。

届出状況	許可病床数	6月1カ月間の在院患者延数	
		床	人
1 一般病床			
(再掲) 一般病棟入院基本料のみ算定している病床			
(再掲) 障害者施設等入院基本料を算定している病床			
特定入院料を算定している病床	(再掲) 救命救急入院料	有・無	
	(再掲) 特定集中治療室管理料	有・無	
	(再掲) ハイケアユニット入院医療管理料	有・無	
	(再掲) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	有・無	
	(再掲) 新生児特定集中治療室管理料	有・無	
	(再掲) 総合周産期特定集中治療室管理料	有・無	
	(再掲) 小児入院医療管理料1	有・無	
	(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料	有・無	
	(再掲) 亜急性期入院医療管理料	有・無	
	2 療養病床 (医療保険適用)		
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料	有・無		
3 療養病床 (介護保険適用)			
4 精神病床			
5 結核病床			
6 感染症病床			

■貴院の職員数についてお伺いします。

問8 貴院において平成21年●月●日時点で雇用している職員数をご記入ください。

	常勤	非常勤 (常勤換算)
1 医師		
(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定臨床医		
(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定専門医		
(再掲) リハビリテーション科の医師		
2 看護師		
3 准看護師		
4 看護補助者		
5 薬剤師		
6 理学療法士		
7 作業療法士		
8 言語聴覚士		
9 臨床心理士		
10 義肢装具士		
11 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師		
12 ソーシャルワーカー		
(再掲) 社会福祉士の資格保有者		

注: 非常勤職員の常勤換算の計算方法

貴院の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入ください。

例: 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

36

問9 貴院においてリハビリテーションに係る業務に専任[※]、あるいは専従[※]している職員のうち、平成21年7月1日(水)、4日(土)、5日(日)に出動した人数(実人数)をご記入ください。

出動日	職種	専任	専従	常勤		非常勤	
				人	人	人	人
① 7月1日(水)	1 医師						
	2 看護師						
	3 理学療法士						
	4 作業療法士						
	5 言語聴覚士						
	6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師						
② 7月4日(土)	1 医師						
	2 看護師						
	3 理学療法士						
	4 作業療法士						
	5 言語聴覚士						
	6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師						
③ 7月5日(日)	1 医師						
	2 看護師						
	3 理学療法士						
	4 作業療法士						
	5 言語聴覚士						
	6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師						

注: 専任とは、理学療法等を真実中の患者についての医学的な管理に責任を担い、緊急事態には適切に対応できる医師をいいます。ただし、専任の医師は一部他の業務に従事することが可能です。
専従とは、原則としてリハビリテーションに係る業務のみに従事することをいいます。

37

■地域連携クリティカルパスの導入状況についてお伺いします。

問10 貴院では大脳骨髄部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の届出をしておりますか。
なお、いずれについても「02 届出無し」の場合は、問16にお進みください。

項目	01 届出有り (⇒問11)	02 届出無し
1 地域連携診療計画管理料		
2 地域連携診療計画退院時指導料		

問13 貴院では平成20年度に大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の算定をしておりますか。
なお、いずれについても「02 算定無し」の場合は、問16にお進みください。

項目	01 算定有り (⇒問14)	02 算定無し
1 地域連携診療計画管理料		
2 地域連携診療計画退院時指導料		

問11 大脳骨髄部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の届出の際に記載した計画管理病院、連携医療機関の施設数をご記入ください。

施設種別	施設名	施設数	
		計画管理病院	連携医療機関
大脳骨髄部骨折	1 計画管理病院		
	(再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設		
	2 連携医療機関		
	① 病院		
	(再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
(再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設			
(再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設			
(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設			
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設			
(再掲) 亜急性期入院医療管理料届出施設			
② 有床診療所			
脳卒中	1 計画管理病院		
	(再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設		
	2 連携医療機関		
	① 病院		
	(再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
	(再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設		
(再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設			
(再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設			
(再掲) 療養病棟入院基本料届出施設			
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設			
(再掲) 亜急性期入院医療管理料届出施設			
② 有床診療所			

問14 貴院における平成19年度・平成20年度の大脳骨髄部骨折および脳卒中による入院患者数、さらに、平成20年度における地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数をご記入ください。

項目	平成19年度		平成20年度	
	人	人	人	人
1 大脳骨髄部骨折による入院患者数				
(再掲) 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				
(再々掲) 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数				
(再々掲) 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				
(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数				
(再々掲) 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数				
2 脳卒中による入院患者数				
(再掲) 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				
(再々掲) 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数				
(再々掲) 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				
(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数				
(再々掲) 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数				

問15 貴院における平成19年度と平成20年度の大脳骨髄部骨折および脳卒中の患者の平均在院日数[※]をご記入ください。

項目	平成19年度		平成20年度	
	日	日	日	日
1 大脳骨髄部骨折の入院患者の平均在院日数				
(再掲) 地域連携診療計画管理料の算定患者の平均在院日数				
(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者の平均在院日数				
2 脳卒中の入院患者の平均在院日数				
(再掲) 地域連携診療計画管理料の算定患者の平均在院日数				
(再掲) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者の平均在院日数				

注: 平均在院日数は、小数点第二位を切り捨て小数点第一位までご記入ください。

問12 貴院では、平成20年度に大脳骨髄部骨折および脳卒中の地域連携診療計画に係る情報交換のための連携医療機関との会合を何回開催しましたか。

1 大脳骨髄部骨折に係る連携医療機関との会合の開催回数		回
2 脳卒中に係る連携医療機関との会合の開催回数		回

38

39

■貴院の退院支援体制についてお伺いします。

問16 貴院では、退院支援^アを病棟、あるいはそれを行う部署で実施していますか。

01 実施している (⇒問16-1へ) 02 実施していない (⇒問17へ)

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 退院支援を専ら担当する部署を設けていますか。

01 設置している (問16-2、16-3にお進みください) 02 設置していない (⇒問17へ)

問16-2 当該部署に従事する職員数(実人数)をご記入ください。

	専従 ^ア	専任 ^イ
1 医師	人	人
2 看護師	人	人
3 准看護師	人	人
4 ソーシャルワーカー	人	人
(再掲) 社会福祉士の資格保有者	人	人
5 事務職員	人	人
6 その他	人	人

注: 専従とは、原則として当該部署の業務のみに従事することをいいます。
専任とは、当該部署での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

問16-3 当該部署の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 ()

■貴院の医療機能に係る今後の方針についてお伺いします。

問17 貴院では特定の医療機能(急性期医療機能や療養機能など)への特化を予定していますか。

01 特化する予定である (⇒問17-1～17-3へ) 02 特化する予定はない (⇒問18へ)

問17-1 今後、特化を予定している医療機能はどちらですか。(○は1つ)

01 急性期医療機能 03 回復期リハビリ機能 04 療養機能

問17-2 今後、亜急性期医療機能を拡充する予定はありますか。(○は1つ)

01 拡充する予定がある 02 拡充する予定はない

問17-3 特定の医療機能に特化、あるいは拡充する方針の理由についてご記入ください。

■他の医療機関との連携に係る貴院の今後の方針についてお伺いします。

問18 貴院では他の医療機関との連携についてどのような方針をお持ちですか。(○は1つ)
また、下空欄内にその方針の理由を具体的に記入ください。

01 他に他の医療機関と連携するつもりはない
02 同一法人内の他の医療機関と連携をとる
03 同一法人か否かは問わず、地域の他の医療機関と連携をとる

【方針の理由を具体的に記入ください】

問19 貴院では連携する医療機関数についてどのようにお考えですか。(○は1つ)

01 増やしたい (⇒問19-1、19-2へ)
02 減らしたい (⇒問20へ)
03 現状のままでよい (⇒問20へ)

問19-1 今後、連携先として増やしたい医療機能はどちらですか。(○はいくつでも)
また、その医療機能を持つ医療機関は地域に十分にありますか。(○は1つ)

01 急性期医療機能 ⇒ (十分にある・十分でない・全くない・不明)
02 亜急性期医療機能 ⇒ (十分にある・十分でない・全くない・不明)
03 回復期リハビリ機能 ⇒ (十分にある・十分でない・全くない・不明)
04 療養機能 ⇒ (十分にある・十分でない・全くない・不明)

問19-2 今後、連携先を増やしたいという具体的な理由、また、問19-1で連携先として増やしたい医療機能を選択した具体的な理由をご記入ください。

【理由を具体的に記入ください】

問20 最後に、医療機能の分化・連携についてご意見等がございましたら、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)

- ◎特に指示がある場合を除いて、平成21年●月1日現在の状況についてお答えください。
◎数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「0」(ゼロ)をご記入ください。
◎病棟番号には任意の番号を振って、他の病棟と区別できるようにしてください。また、貴棟から退院した患者の状態等のご記入をお願いしている【退院患者票】の「病棟番号」欄には、ここで記入いただく病棟番号と同じ番号をご記入ください。

病棟番号

■貴棟の概況についてお伺いします。

問1 貴棟で算定している診療報酬として該当するもの全てに○をつけてください。

01 回復期リハビリテーション病棟入院料1 ⇒ 施設基準の取得日 平成__年__月
02 回復期リハビリテーション病棟入院料2 ⇒ 施設基準の取得日 平成__年__月
03 重症患者回復病棟加算

問2 貴棟の平成21年●月●日0時時点の病床数、入院患者数をご記入ください。

	病床数	入院患者数
1 一般病床	床	人
2 療養病床	床	人
3 合 計(1+2)	床	人
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料の非適応患者		人
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数を超過した患者		人
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象外の疾患の患者		人

問3 貴病棟の平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数、病床利用率を小数点第1位まで(小数点第2位を切り捨て)ご記入ください。

	平成20年 4月～6月	平成21年 4月～6月
1 平均在院日数 ^ア	日	日
2 病床利用率 ^イ	%	%

注1. 平均在院日数は平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数をご記入ください。

平均在院日数 = $\frac{4月～6月の在院患者延数}{(4～6月の新入患者数+4～6月の新退院患者数)} \times 0.5$

注2. 病床利用率は平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の病床利用率をご記入ください。

病床利用率 = $\frac{4月～6月の入院患者延数}{(月間日数 \times 月末病床数)の4月～6月の合計}$

■貴様の人員配置についてお伺いします。

問4 貴様における医師の配置状況を専任、専従の別にご記入ください。			
	専従	専任	
1 医師	人	人	人
(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定臨床医	人	人	人
(再掲) 日本リハビリテーション医学会認定専門医	人	人	人

注: 専従とは、原則として貴様の業務のみに従事することをいいます。
専任とは、貴様での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

問5 貴様における看護職員、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、ソーシャルワーカーの配置状況について、専従、専任の別にご記入ください。
なお、専任職員については、常勤換算した上で小数点第1位までご記入ください。

	専従	専任 (常勤換算)	
1 看護師	人	人	人
2 准看護師	人	人	人
3 看護補助者	人	人	人
4 薬剤師	人	人	人
5 理学療法士	人	人	人
6 作業療法士	人	人	人
7 言語聴覚士	人	人	人
8 歯科衛生士	人	人	人
9 ソーシャルワーカー	人	人	人
(再掲) 社会福祉士の資格保有者	人	人	人

注: 専任(勤務書の業務を兼務している)職員の常勤換算の計算方法
貴院の通常の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第二位を四捨五入して、小数点第一位まで記入してください。
例: 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、貴院に週2日(各日3時間)勤務の看護師が1人と、週3日(各日5時間)勤務の看護師が2人いる場合
(2日×3時間×1人) + (3日×5時間×2人) = 0.9人
専任看護師数 = 40時間

問6 平成21年●月●日における貴様の看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の勤務予定表上の人数について、職種別・時間別にご記入ください。

	7時	9時	12時	15時	18時	21時	2時
1 看護師	人	人	人	人	人	人	人
2 准看護師	人	人	人	人	人	人	人
3 看護補助者	人	人	人	人	人	人	人
4 理学療法士	人	人	人	人	人	人	人
5 作業療法士	人	人	人	人	人	人	人
6 言語聴覚士	人	人	人	人	人	人	人

問8 続き

5 1の新入患者の入棟前の居場所について、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。

他の病院	① 同じ二次医療圏	人
※4⑤~⑧の合計と一致	② 同じ都道府県内、他の二次医療圏	人
	③ 他の都道府県	人
	④ ①~③の合計と一致	人
他の有床診療所	① 同じ二次医療圏	人
※4⑨と一致	② 同じ都道府県内、他の二次医療圏	人
	③ 他の都道府県	人
	④ ①~③の合計と一致	人
介護老人保健施設・介護老人福祉施設	① 同じ二次医療圏	人
※4⑩と⑪の合計と一致	② 同じ都道府県内、他の二次医療圏	人
	③ 他の都道府県	人
	④ ①~③の合計と一致	人
その他の居住系サービス等の施設 ^注	① 同じ二次医療圏	人
※4⑫~⑭の合計と一致	② 同じ都道府県内、他の二次医療圏	人
	③ 他の都道府県	人
	④ ①~③の合計と一致	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す。

■貴様における退棟患者の状況についてお伺いいたします。

問9 平成21年4月~6月の3カ月間における退棟患者(かつ回復期リハビリテーション病棟入院料の適用患者)について、ご記入ください。

1 平成21年4月~6月における退棟患者	人
2 1の退棟患者のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者	人
3 2の患者のうち、退棟時の日常生活機能評価が3点以上改善していた患者	人
4 1の退棟患者の退棟後の居場所について、それぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、①~⑭の合計が1の退棟患者数と同じになるようにしてください。	

在宅	① 在宅	人
自 院	② 他の回復期リハビリテーション病棟	人
	③ ②を除く一般病床	人
	④ ②を除く療養病床	人
	⑤ ②~④を除くその他の病床	人
他 院	⑥ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	人
	⑦ ⑥を除く一般病床 [病院]	人
	⑧ ⑥を除く療養病床 [病院]	人
そ の 他	⑨ ⑥~⑧を除くその他の病床 [病院]	人
	⑩ 有床診療所	人
	⑪ 介護老人保健施設(老人保健施設)	人
そ の 他	⑫ 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	人
	⑬ グループホーム	人
	⑭ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)	人
	⑮ 高齢者専用賃貸住宅	人
	⑯ 障害者支援施設	人
	⑰ 死亡	人
	⑱ その他	人

■貴様における入棟患者の状況についてお伺いいたします。

問7 貴様における入棟患者の受け入れ基準について、該当するもの全てに○をつけてください。		
01 気管切開をしていないこと	06 感染症(MRSA、緑膿菌など)がないこと	
02 中心静脈栄養(IVH)をしていないこと	07 重度の認知症の状態にないこと	
03 経鼻経管栄養をしていないこと	08 重篤な合併症を併発していないこと	
04 胃ろう・腸ろうをしていないこと	09 その他()	
05 褥瘡がないこと	10 特になし	

問8 平成21年4月~6月の3カ月間における新入患者(かつ回復期リハビリテーション病棟入院料の適用患者)について、ご記入ください。

1 平成21年4月~6月における新入患者	人		
2 1の新入患者の入棟時の日常生活機能評価について、それぞれ該当する人数をご記入ください。 また、入棟時の日常生活機能評価の平均得点を小数点第1位までご記入ください。 なお、①~⑤の合計が1の新入患者数と同じになるようにしてください。			
① 0点	人	④ 10~14点	人
② 1~4点	人	⑤ 15~19点	人
③ 5~9点	人		
1の患者の入棟時の日常生活機能評価得点の平均得点(小数点第1位まで)	点		
3 1の新入患者の入棟時の主たる原因疾患について、それぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、①~⑩の合計が1の新入患者数と同じになるようにしてください。			
① 脳血管疾患	人	③ 頭部外傷	人
② 脊髄損傷	人	④ その他の脳血管系疾患	人
⑤ 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	人		
⑥ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷	人		
⑦ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群	人		
⑧ その他の疾患	人		

4 1の新入患者の入棟前の居場所について、それぞれ該当する人数をご記入ください。
なお、①~⑱の合計が1の新入患者数と同じになるようにしてください。

自 院	① 他の回復期リハビリテーション病棟	人
自 院	② ①を除く一般病床	人
	③ ①を除く療養病床	人
	④ ①~③を除くその他の病床	人
	⑤ 回復期リハビリテーション病棟 [病院]	人
他 院	⑥ ⑤を除く一般病床 [病院]	人
	⑦ ⑤を除く療養病床 [病院]	人
	⑧ ⑤~⑦を除くその他の病床 [病院]	人
そ の 他	⑨ 有床診療所	人
	⑩ 介護老人保健施設(老人保健施設)	人
	⑪ 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	人
	⑫ グループホーム	人
	⑬ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)	人
	⑭ 高齢者専用賃貸住宅	人
	⑮ 障害者支援施設	人
	⑯ 在宅	人
	⑰ その他	人

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)	① 同じ二次医療圏	人
※4⑤~⑧の合計と一致	② 同じ都道府県内、他の二次医療圏	人
	③ 他の都道府県	人
	④ ①~③の合計と一致	人
他院(有床診療所)	① 同じ二次医療圏	人
※4⑨と一致	② 同じ都道府県内、他の二次医療圏	人
	③ 他の都道府県	人
	④ ①~③の合計と一致	人
介護老人保健施設(老人保健施設)	① 同じ二次医療圏	人
※4⑩と一致	② 同じ都道府県内、他の二次医療圏	人
	③ 他の都道府県	人
	④ ①~③の合計と一致	人
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	① 同じ二次医療圏	人
※4⑫と一致	② 同じ都道府県内、他の二次医療圏	人
	③ 他の都道府県	人
	④ ①~③の合計と一致	人
その他の居住系サービス等の施設 ^注	① 同じ二次医療圏	人
※4⑬~⑭の合計と一致	② 同じ都道府県内、他の二次医療圏	人
	③ 他の都道府県	人
	④ ①~③の合計と一致	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、退院に向けた家庭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す。		

問10 貴様の平成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。
在宅復帰率 = (1月~6月の6カ月間に他の医療機関へ転院した患者を除く患者数) / (1月~6月の6カ月間に貴院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、日常生活機能評価が10点以上の患者のことをいいます。
重症患者回復率 = (1月~6月の6カ月間に退棟した重症の患者(入院期間が3日以上かつ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) / (1月~6月の6カ月間に貴院に入棟していた重症の患者数)

■貴様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 貴様全体で、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
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 貴様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 定期的ミニカンファレンス（医師の参加あり）を開催
- 02 定期的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と調整
- 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。

退院患者票

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か月間に、回復期リハビリテーション病棟から退院した全ての患者（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、当該患者が退院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 現在・受療前の居室	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)	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 頸路外傷 02 腎臓疾患 04 その他の脳血管系疾患 05 大腿骨、骨盤、骨椎、股関節、膝関節等の骨折、二股以上の多発骨折 06 大腿骨、骨盤、骨椎、股関節、膝関節等の神経、筋、筋断損傷 07 外科手術又は肺炎等の治療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		
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・胸腔腔洗浄 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 尿道カテーテル 09 その他（ ）		
6 入棟前の居場所 (○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（付付） 06 他の病院の回復期リハビリ病棟 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 その他 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 ④ 口腔清潔 点 ② どちらかの手を肩元まで持ち上げられる 点 ⑤ 食事摂取 点 ③ 寝返り 点 ⑥ 衣服の着脱 点 ④ 起き上がり 点 ⑦ 他者への意思の伝達 点 ⑤ 座位保持 点 ⑧ 診察・療養上の指示が通じる 点 ⑥ 移乗 点 ⑨ 危険行動 点 ⑦ 移動方法 点		
8 パーセル指数	① 食事 点 ⑤ 平地歩行 点 ② 移乗 点 ⑥ 階段昇降 点 ③ 整髪 点 ⑦ 更衣 点 ④ トイレ動作 点 ⑧ 排便コントロール 点 ⑤ 入浴 点 ⑨ 排泄コントロール 点		

■入棟期間中に実施したリハビリテーションの単位数

1	脳血管疾患等リハビリテーション科	入棟日の属する週の翌週1週間		退院日の属する週の前週1週間	
		単位数	単位	単位数	単位
2	心大血管疾患等リハビリテーション科	理学療法	単位	理学療法	単位
		作業療法	単位	作業療法	単位
3	運動器リハビリテーション科	理学療法	単位	理学療法	単位
		作業療法	単位	作業療法	単位
4	呼吸器リハビリテーション科	理学療法	単位	理学療法	単位
		作業療法	単位	作業療法	単位
5	集団コミュニケーション療法科	言語療法	単位	言語療法	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			

■退院時の状況

1 退院日	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 退院後の居場所 (○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（付付） 06 他の病院の回復期リハビリ病棟 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 退院時の転帰 (○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 ④ 口腔清潔 点 ② どちらかの手を肩元まで持ち上げられる 点 ⑤ 食事摂取 点 ③ 寝返り 点 ⑥ 衣服の着脱 点 ④ 起き上がり 点 ⑦ 他者への意思の伝達 点 ⑤ 座位保持 点 ⑧ 診察・療養上の指示が通じる 点 ⑥ 移乗 点 ⑨ 危険行動 点 ⑦ 移動方法 点
5 パーセル指数	① 食事 点 ⑤ 平地歩行 点 ② 移乗 点 ⑥ 階段昇降 点 ③ 整髪 点 ⑦ 更衣 点 ④ トイレ動作 点 ⑧ 排便コントロール 点 ⑤ 入浴 点 ⑨ 排泄コントロール 点
6 退院決定の状況 (○は1つ)	01 予定よりも早く退院できた 02 特に問題なく、予定通り退院できた 03 病状悪化等の理由により、退院が遅延していた 04 入所・入院する施設の場合で、退院が遅延していた 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、退院が遅延していた 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、退院が遅延していた 07 その他（ ）

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

1 退院先	01 自院の外業 02 他院の外業 03 不明
2 退院後の方針	01 介護保険のサービスを利用 02 医療保険のサービスを利用 03 不明 → 退院後のサービスに 関係していません。（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、本調査の調査に使用するためのものであり、それ以外の目的のために使用することはありません。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施設主体 ※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提供診療科 ※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. 小児科 30. 小児科 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、禁煙治療(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. 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に行っている
※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。
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
A. 医師 約()年 B. 医師 約()年
※現在の禁煙治療に携わる診療科目が長い医師最大4名まで記載
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。
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。

様式2

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)

(1) 平成20年6月1日から平成20年7月31日の期間において、ニコチン依存症管理料の算定を前提とした全ての患者さんについて記入してください。
(2) 本調査票には既述を金々40人分の情報を記載することができますが、用紙が不足する場合には、必要に応じて複数枚ご記入ください。その際、番号は続き番号となるよう様子を正しくお願いたします。
(3) 各選択肢の定義等の詳細については、別添の「調査票」をご参照ください。

Table with columns for patient ID, sex, age, and various clinical and management status indicators. Includes a section for '経過と追加治療の概要' (Overview of course and additional treatment).

Table with columns for patient ID, sex, age, and various clinical and management status indicators. Includes a section for '経過と追加治療の概要' (Overview of course and additional treatment).

患者番号	【ニコチン依存症算定 開始時 の状況】										【保険適用期間中の経過と追加治療の有無】										【保険治療終了後】														
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧				⑨	⑩					⑪	⑫			⑬													
	性別	年齢	喫煙年数	1日あたりの本数	ニコチン依存症の重症度	算定の有無	合併症(治療中に懸念のあるもの)	各併症(治療中に懸念のある内容 ※あてはまる番号すべてに○)				ニコチン依存症管理料の算定日	5回目の指導終了時の状況	保険適用中の薬理補助料の使用状況 ※○は1つだけ					終了後の追加禁煙治療の有無	指導終了9か月後の状況	指導終了9か月後の調査実施日														
	1:2				あり/なし/不明	あり/なし	1:2	2:3	3:4	4:5	5:6	6:7	7:8	8:9	9:10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	1	2	3	4		
24	1:2																																		
25	1:2																																		
26	1:2																																		
27	1:2																																		
28	1:2																																		
29	1:2																																		
30	1:2																																		
31	1:2																																		
32	1:2																																		
33	1:2																																		
34	1:2																																		
35	1:2																																		
36	1:2																																		
37	1:2																																		
38	1:2																																		
39	1:2																																		
40	1:2																																		