

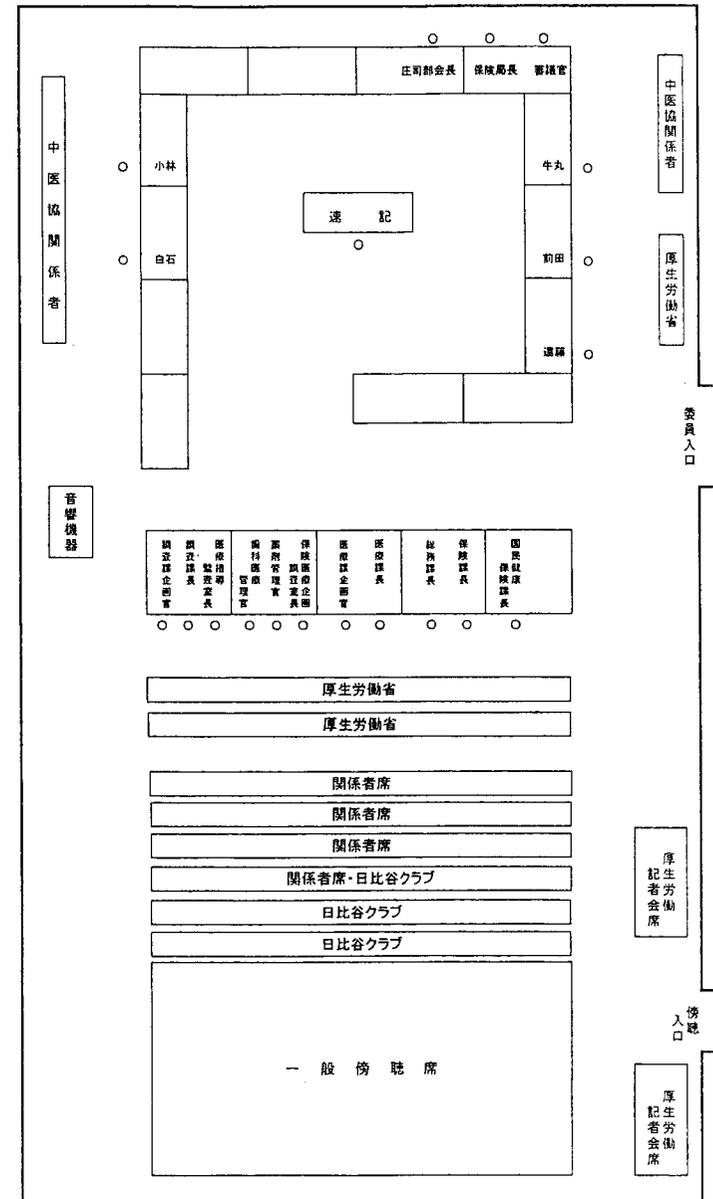
日時:平成20年11月5日(水) 10:30(目途)~12:00
 会場:厚生労働省 専用第18~20会議室 (17階)

中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会 (第19回)
 議事次第

平成20年11月5日(水)
 厚生労働省専用第18~20会議室

議題

- 平成20年度診療報酬改定の結果の検証について
 - ・ 平成20年度特別調査について



病院勤務医の負担軽減の実態調査

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成20年度調査)の実施案について

[目次]

○ 病院勤務医の負担軽減の実態調査 1頁

○ 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 2頁

○ 後発医薬品の使用状況調査 3頁

○ 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1 5頁

○ 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2 6頁

■ 調査目的

- ・ 病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握
- ・ 病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の把握

<調査のねらい>

- 病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握
 - ・ 患者数及び病院勤務医数に変化があるか。
 - ・ どのような病院勤務医の負担軽減策が実施されているか。
- 病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の把握
 - ・ 当直、連続当直回数は変化したか。
 - ・ 病院勤務医の業務負担は軽減したか。

■ 調査対象及び調査方法

- ・ 「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの届出を行っている医療機関を対象に医療機関調査、医師責任者調査及び医師調査を行う。
- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

■ 調査項目 (中医協 検-2 参照)

■ 調査スケジュール

	平成20年				平成21年		
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査票の設計 ・ 調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施			→				
集計・分析				→			
報告書作成					→		
調査検討委員会		○					○

外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査

■ 調査目的

- ・ 外来管理加算の意義付けの見直しによる医療機関への影響の把握
- ・ 外来管理加算の意義付けの見直しによる患者への影響の把握

<調査のねらい>

- 外来管理加算の意義付けの見直しによる医療機関への影響の把握
 - ・ 外来管理加算の算定状況はどうか。
 - ・ 改定前後で患者数及び診療時間は変化したか。
- 外来管理加算の意義付けの見直しによる患者への影響の把握
 - ・ 医師の説明内容に対する理解度はどうか。
 - ・ 診察に対する満足度はどうか。

■ 調査対象及び調査方法

<病院調査>

- ・ 全国の病院の中から無作為抽出した 1,500 施設を対象とする。ただし、一般病床数が 200 床未満の病院とする。

<診療所調査>

- ・ 全国の一般診療所の中から無作為抽出した 2,000 施設を対象とする。

<患者調査>

- ・ 病院調査・診療所調査の対象施設に来院した患者を対象とし、1 施設につき 4 名を本調査の対象とする。

<調査方法>

- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

■ 調査項目（中医協 検一 2 参照）

■ 調査スケジュール

	平成 20 年				平成 21 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
調査票の設計 ・ 調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施			→				
集計・分析				→			
報告書作成						→	
調査検討委員会		○				○	

後発医薬品の使用状況調査

■ 調査目的

- ・ 保険薬局や医療機関における後発医薬品の使用状況の把握
- ・ 後発医薬品の使用に関する患者の意識の把握

<調査のねらい>

- 保険薬局における「後発医薬品への変更不可」とされた処方せんの受付状況等の把握
 - ・ 「後発医薬品への変更不可」とされた処方せんはどのくらいか。
 - ・ 実際に後発医薬品に変更して調剤した処方せん枚数はどのくらいか。
 - ・ 後発医薬品に変更することで変化した薬剤料。
- 医療機関における処方せん交付状況等の把握
 - ・ 「後発医薬品への変更不可」とした処方せんはどのくらいか。
 - ・ 「後発医薬品への変更不可」とした理由。
- 後発医薬品の使用に関する患者の意識の把握
 - ・ 後発医薬品を使用した経験があるか。
 - ・ 後発医薬品使用に関する意識及び満足度はどの程度か。

■ 調査対象及び調査方法

<薬局調査>

- ・ 全国の保険薬局の中から無作為抽出した 2,000 施設を対象とする。

<病院調査>

- ・ 全国の病院の中から無作為抽出した 1,000 施設を対象とする。

<医師調査>

- ・ 「病院調査」の対象施設の外来診療を担当する医師、1 施設につき 2 名を本調査の対象とする。

<診療所調査>

- ・ 全国の一般診療所の中から無作為抽出した 2,000 施設を対象とする。

<患者調査>

- ・ 薬局調査の対象施設に来院した患者を対象とし、1 施設につき 4 名を本調査の対象とする。

<調査方法>

- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

■ 調査項目（中医協 検-2参照）

■ 調査スケジュール

	平成 20 年				平成 21 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
調査票の設計 ・ 調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施				→			
集計・分析					→		
報告書作成						→	
調査検討委員会		○					○

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1

■ 調査目的

- ・ 「後期高齢者診療料」の算定状況及び改定後の治療内容の変化
- ・ 後期高齢者診療計画書の作成状況
- ・ 「後期高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度及び満足度

< 調査のねらい >

- 「後期高齢者診療料」の算定状況
 - ・ 75歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数ほどの程度か。
 - ・ 後期高齢者診療料の算定患者において改定前後で通院回数等に変化があるか。
- 後期高齢者診療計画書の作成状況
 - ・ 後期高齢者診療計画書の交付回数及び作成時間はどの程度か。
 - ・ 患者への説明時間はどの程度か。
- 「後期高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度・満足度
 - ・ 医療機関からみた患者の理解度はどの程度か。
 - ・ 患者自身の満足度はどの程度か。

■ 調査対象及び調査方法

- ・ 全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中から無作為抽出した 3,500 施設を対象に医療機関調査及び医療機関を通じた患者調査を行う。
- ・ 日記式調査票の郵送配布・回収とする。

■ 調査項目（中医協 検-2参照）

■ 調査スケジュール

	平成 20 年				平成 21 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
調査票の設計 ・ 調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施			→				
集計・分析				→			
報告書作成					→		
調査検討委員会		○				○	

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 2

■調査目的

- ・ 「後期高齢者終末期相談支援料」の算定状況の把握
- ・ 終末期の診療方針等についての話し合いの実施状況の把握
- ・ 終末期の話し合い及び「後期高齢者終末期相談支援料」に関する国民の意識の把握

<調査のねらい>

- 「後期高齢者終末期相談支援料」の算定状況の把握
 - ・ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況はどうか。
- 終末期の診療方針等についての話し合いの実施状況の把握
 - ・ 話し合いの内容はどうか。
 - ・ 話し合いの結果、患者・家族の受け止め方の様子はどうか。
- 終末期の話し合い及び「後期高齢者終末期相談支援料」に関する国民の意識の把握
 - ・ 終末期の診療方針の話し合いやその文書提供を希望するか。
 - ・ 終末期の話し合いに、診療費が支払われることをどう考えるか。

■調査対象及び調査方法

<施設及び事例調査>

- ・ 全国の医療機関（病院 1,700、一般診療所 1,700）を対象に、医療機関調査及び事例調査を行う。病院は、所在地毎の層化後、無作為抽出、一般診療所は、半数を在宅療養支援診療所の中から、残る半数は、内科系を標榜する施設から無作為抽出する。
- ・ 事例調査票は、担当の看護師（担当看護師が話し合いに同席していない場合は医師）が記入する。

<国民意識調査>

- ・ 年齢層別層化後、人口構成比により無作為抽出を行った 20 歳以上の 2,000 人を対象とする。

<調査方法>

- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

■調査項目（中医協 検-2）

■調査スケジュール

	平成 20 年				平成 21 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施		→					
集計・分析				→			
報告書作成					→		
調査検討委員会		○				○	

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成20年度調査)
調査票(案)

- 病院勤務医の負担軽減の実態調査
 - ・ 施設調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1頁
 - ・ 医師責任者調査票・・・・・・・・・・・・・・ 10頁
 - ・ 医師調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16頁
- 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査
 - ・ 病院調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20頁
 - ・ 診療所調査票・・・・・・・・・・・・・・ 27頁
 - ・ 患者調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33頁
- 後発医薬品の使用状況調査
 - ・ 薬局調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39頁
 - ・ 病院調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 47頁
 - ・ 医師調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50頁
 - ・ 診療所調査票・・・・・・・・・・・・・・ 54頁
 - ・ 患者調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 60頁
- 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
 - ・ 施設調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 62頁
 - ・ 患者調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 70頁
- 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2
 - ・ 施設調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 75頁
 - ・ 事例調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 80頁
 - ・ 国民意識調査票・・・・・・・・・・・・・・ 83頁

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 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、承審まで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の無きで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、よろしくお願ひ申し上げます。

施設名	()
施設の所在地	()
電話番号	()
ご回答者名	()

※本調査票は、施設の管理者の方と医師の方でご提出の上、ご記入ください。回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で記入してください。また、()内には具体的な数値、割合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。
※調査期間は平成20年10月また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開設主体	1. 国立 2. 公立 3. 公営 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
②許可病床数(医療法)	一般病床 療養病床 精神科病床 結核科病床 感染症病床 計 床 床 床 床 床 床
③病院の種類 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院 2. 地域医療支援病院 3. 小児救急医療拠点病院 4. 災害拠点病院 5. がん診療連携拠点病院 6. その他(具体的に)
④救急医療体制 ※あてはまる番号すべてに○	1. 第2次救急 2. 救命救急センター 3. 高度救命救急センター 4. 総合周産期母子医療センター 5. その他(具体的に)
⑤DPC対応	1. DPC対象病院 2. DPC準備病院 3. 対応していない
⑥採納している診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 脳神経外科 5. 小児科 6. 産婦人科・産科・婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 救急科 16. その他(具体的に)
⑦病院の体制: あるもの ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域連携の設置 2. 24時間の画像診断体制 3. 24時間の検査体制 4. 24時間の調剤体制
⑧勤務医負担軽減対策計画の策定状況	1. 既に策定済み 2. 現在策定中である 3. 策定していない
⑨診療録電子カルテの導入状況	1. 導入している → 導入時期: 平成()年()月 2. 導入していない

施設名

⑩平均在院日数、紹介、逆紹介についてご記入ください。※小数点以下第1位まで		平成19年10月	平成20年10月
1) 病院全体の平均在院日数	()日	()日	()日
2) 一般病棟の平均在院日数	()日	()日	()日
3) 紹介率	()%	()%	()%
4) 逆紹介率	()%	()%	()%
⑪一般病棟の入院基本料区分	1. 7対1 2. 10対1 3. 13対1 4. 15対1 5. 特別入院基本料		
⑫精神科の入院基本料区分	1. 10対1 2. 15対1 3. 18対1 4. 20対1 5. 特別入院基本料		
⑬職員数(常勤換算)	医師 歯科医師 看護師・保健師 助産師 准看護師 薬剤師 技師 その他 計		
	平成19年10月末 現在	人	人
	平成20年10月末 現在	人	人
⑭医師事務作業補助者(医療クラーク)	1. いる → ()人 ※常勤換算 2. いないが、今後、確保・採用予定 3. いない(予定もない)		
⑮MSW(医療ソーシャルワーカー)	1. いる → ()人 ※常勤換算 2. いないが、今後、確保・採用予定 3. いない(予定もない)		
⑯病院ボランティア	1. いる → ()人 ※常勤換算 2. いないが、今後、確保・採用予定 3. いない(予定もない)		

2. 患者数等についてお伺いします。

①1か月の外来患者数についてご記入ください。

	平成19年10月	平成20年10月
1) 外来患者数(初診)	人	人
2) 外来患者数(再診)	人	人
3) 救急搬送による外来患者数	人	人
4) 上記1)のうち、初診に係る選定療養の実費徴収を行った患者数	人	人

②1か月の入院患者数についてご記入ください。

	平成19年10月	平成20年10月
1) 新規入院患者数	人	人
2) 救急搬送により緊急入院した患者数	人	人
3) 退院患者数	人	人
4) 診療情報提供料を算定した退院患者数	人	人
5) 転帰が治癒であり退院の必要のない退院患者数	人	人
6) 月末在院患者数	人	人

3. 病院勤務医の状況等についてお伺いします。

①貴院では、常勤医師は何人いらっしゃいますか。平成19年10月ならびに平成20年10月の実人数を診療科別男女別にご記入ください。

②週24時間以上の勤務をしている非常勤医師の平成19年10月ならびに平成20年10月における実人数を診療科別男女別にご記入ください。

③常勤医師ならびに週24時間以上の勤務をしている非常勤医師について、医師1人当たり平均当直回数(小敷点以下第1位まで)及び医師全員の連続当直回数の合計値を診療科別にご記入ください。

4. 病院勤務医の負担軽減策の実施状況等についてお伺いします。

①貴院では、次のような医師の負担軽減策を取り組んでいますか。取り組んでいる場合は、a)いつから。取り組んでいますか。また、b)貴院の取組み内容を具体的に記入して下さい。

④貴院では、平成20年4月以降、医師の経済面での処遇を改善しましたか。

1. 改善した → 質問④-1へ 2. 変わらない → 6ページの5. ①へ

④-1 医師の経済面での処遇改善内容としてあてはまるものに○をつけてください。

④-2-1 「1. 基本給(賞与を含む)を増やした」施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。

④-2-2 「2. 手当を増やした」施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。

④-2-3 「3. その他」を選択した施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。

5. 入院時医学管理加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

①貴院では、現行の「入院時医学管理加算」の届出をしていますか。

①-1 届出をしていない理由をお書きください。

②現行の「入院時医学管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。

③初診に係る測定費(実費徴収)の状況

④平成20年10月1か月分の手術件数等をご記入ください。

6. 医師事務作業補助体制加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

①貴院では、「医師事務作業補助体制加算」の届出をしていますか。

①-1 届出をしていない理由をお書きください。

②「医師事務作業補助体制加算」の届出が受理されたのはいつですか。 平成20年()月

③当該加算の有無は別に、医師の事務作業を補助する専従者を配置した時期はいつですか。 平成()年()月

④医師事務作業補助体制加算の月額 ()対1補助体制加算

⑤医師事務作業補助者(専従者)の人数、給与総額を常勤・非常勤別にご記入ください。

	常勤	非常勤
1)人数(平成20年10月)	()人	()人
a)上記1)のうち 医療従事経験者	()人	()人
b)上記1)のうち、医療事務経験者	()人	()人
2)給与総額(平成20年10月1か月)	約()万円	約()万円

⑥医師事務作業補助者はどのように配置していますか。

1. 病院全体でまとめて配置している
2. 特定の診療科に配置している
3. 特定の病棟に配置している
4. 特定の医師に対して配置している
5. その他(具体的に)

⑦1) 加算の届出以降、以下の各項目(A~E)について医師事務作業補助者が実際に従事している場合は「1.あり」に、従事していない場合は「2.なし」に○をつけてください。
2) 各項目の業務内容を主に担当しているのは誰ですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

	1) 医師事務作業補助者の従事(○は1つ)	2) 主な担当者(○は1つ)
A. 診断書などの文書作成補助	1.あり 2.なし	1.医師 2.医師事務作業補助者 3.その他()
B. 診療記録への代行入力	1.あり 2.なし	1.医師 2.医師事務作業補助者 3.その他()
C. 医療の質の向上に資する事務作業	1.あり 2.なし	1.医師 2.医師事務作業補助者 3.その他()
D. 行政上の業務(救急医療情報システムへの入力等)	1.あり 2.なし	1.医師 2.医師事務作業補助者 3.その他()
E. その他(主なもの:)	1.あり 2.なし	1.医師 2.医師事務作業補助者 3.その他()

⑧医師事務作業補助者の業務範囲は明確になっていますか。

1. 院内規程等で明確にしている
2. 曖昧な部分がある
3. その他(具体的に)

⑨「ハイリスク分擔管理加算」について、具体的な問題・要望等がありましたら、ご記入ください。

8. 病院勤務医の負担軽減について、今後の課題・ご要望等のご意見がございましたら、ご記入ください。

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

⑩医師事務作業補助者の配置により、個人情報保護上の問題が、今までに発生したか。

1. 発生していない
2. 発生した
- 具体的に

⑪「医師事務作業補助体制加算」について、具体的な問題・要望等がありましたら、ご記入ください。

7. ハイリスク分擔管理加算についてお伺いします。施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

⑫貴院では、「ハイリスク分擔管理加算」の届出をしていますか。

1. 届出をしている→②へお進みください
2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →9ページ8.へお進みください
3. 届出をしていない →①-1へお進みください

①-1 届出をしていない理由をお書きください。

→9ページ8.へお進みください

⑬「ハイリスク分擔管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。 平成20年()月

⑭分擔件数についてご記入ください。

	平成19年	平成20年
8月	回	回
9月	回	回
10月	回	回

⑮「ハイリスク分擔管理加算」の算定回数についてご記入ください。

	平成19年	平成20年
8月	回	回
9月	回	回
10月	回	回

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票(案)

※平成20年4月の診療報酬改定により、病院勤務医の負担軽減に関する見直しが行われました。この改定による影響を検証するため、病院勤務医の負担軽減の状況の変化等を把握することを主な目的として、本アンケートを実施させていただきます。本調査の結果は、診療報酬改定に係る議論のための資料として利用させていただきます。それ以外の目的には使用いたしません。お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

※この「医師責任者票」は、病院の各診療科における医師責任者の方を対象に、医師の業務負担の状況等についてお伺いするものです。特に断りのない限り、この調査票を受け取った病院における勤務状況等についてご回答ください。

※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。()内に数値を記入する際、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。※ご回答頂いた調査票は、調査期限までに病院の開設者・管理者に提出してください。

1. 貴方ご自身と管理している診療科の状況(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	()歳
③医師経験年数	()年		
④主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科 6. 整形外科 7. 産科・産婦人科 8. 救急科 9. その他(具体的に)		
⑤勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤(週24時間以上)		
⑥役職等	1. 院長 2. 副院長 3. 部長 4. 副部長 5. 医長・科長 6. その他(具体的に)		
⑦管理している医師の人数	男性()人 女性()人		
⑧この病院における勤務年数	()年()か月		
⑨直近1週間の実勤務時間	()時間()分		
⑩あなたご自身の外来診療の有無	1. あり →1日当たり平均外来診療患者数()人 2. なし		
⑪この病院における平成19年および平成20年10月のあなたの当直回数と連続当直回数についてお答えください。	平成19年10月 平成20年10月		
1) 月当直回数	()回	()回	
2) 連続当直回数	()回	()回	

2. あなたご自身の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①1年前と比較して、あなたの勤務状況はどのように変化しましたか。
②日常業務において、負担が最も多いと感じる業務は何か。
③上記②で選択した業務は、全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか。
④1年前と比較して、入院診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。
⑤1年前と比較して、外来診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。
⑥1年前と比較して、病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）に係るあなたの負担はどうなりましたか。
⑦1年前と比較して、院内における教育・指導に係るあなたの負担はどうなりましたか。
⑧1年前と比較して、管理業務に係るあなたの負担はどうなりましたか。
⑨貴院での勤務医負担軽減策に関する計画をご存知ですか。

3. 貴診療科（あなたが管理している診療科）の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①1年前と比較して、貴診療科の医師の勤務状況は、全体としてどのように変化しましたか。
②1年前と比較して、入院診療に係る貴診療科の業務負担はどうなりましたか。
③1年前と比較して、外来診療に係る貴診療科の業務負担はどうなりましたか。
④貴診療科では、平成20年4月以降、夜間・早朝の軽症救急患者数は変化しましたか。
⑤貴診療科の医師の人数・勤務実態等をご記入ください。
⑥貴診療科の医師の退職者数をご記入ください。

4. 貴診療科における医師の勤務負担軽減策の取組み状況等（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

① 貴診療科では、医師の勤務負担の軽減策として、以下のa)～i)の取組みを行っていますか、取り組んでいる場合、1)の回答欄のアルファベット（a～i）を○で囲んでください。
② 取り組んでいる場合、医師の勤務負担軽減上の効果についてはまる番号に○をつけてください。
※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。
1) 取り組みの内容
2) 医師の勤務負担の軽減上の効果

① 以下の業務内容のうち、平成20年4月以降、管理職員、管理補助者、医師事務作業補助者（いわゆる「医療クラーク」）等に業務（一部でも）を移転するなど、業務分担が進んだものがあれば、該当のアルファベット（a～m）に○をつけてください。
2) 業務分担を進めた場合、業務負担の軽減上の効果についてはまる番号に○をつけてください。
※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。
1) 業務分担を進めたもの
2) 業務負担の軽減上の効果

④貴診療科では、平成20年4月以降、経済面での処遇について変更がありましたか。
1) 昇格以外の理由で基本給（賞与を含む）に変化がありましたか。
2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当ではない、手術や当直等の勤務手当に変化がありましたか。
⑤上記④以外で、貴診療科で実施した経済面での処遇改善があれば、その内容をお書きください。

5. 病院勤務医の負担軽減についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

Blank box for writing responses to question 5.

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保健局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票(案)

※平成20年4月の診療報酬改定により、病院勤務医の負担軽減に関する見直しが行われました。この改定による影響を検証するため、病院勤務医の負担軽減の状況の変化等を把握することを主な目的として、本アンケートを実施させていただきます。本調査の結果は、診療報酬改定に係る議論のための資料として利用させていただきます。それ以外の目的には使用いたしません。

お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

※この「医師票」は、病院に勤務している医師の方を対象に、業務負担の状況等についてお問い合わせするものです。特に断りのない限り、この調査票を受け取った病院における勤務状況等についてご回答ください。

※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。()内に数値を記入する際、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。※ご回答頂いた調査票は、調査期間までに病院の開設者・管理者に提出していただきます。

1. 貴方ご自身(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

Form for personal information including gender, age, department, and work hours.

2. 医師の業務負担(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

Form for workload assessment with multiple-choice questions about daily tasks and patient care.

※以下の業務のうち、あなたにとって負担が重い業務はどれですか。この他に、負担の重い業務があれば、「12.その他」の()内にその業務の内容を具体的に記入してください。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 静脈注射及び留置針によるルート確保
2. 薬剤の投与量の調整
3. 診断書、診療録及び処方せんの記載
4. 主治医意見書の記載
5. 診察や検査等の予約オーダリングシステム入力、電子カルテの入力
6. 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充
7. 患者の移送
8. 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定
9. 入院中の療養生活に関する対応(病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等)
10. 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明
11. カンファレンスの準備等の業務
12. その他(具体的に)

※1)以下の業務内容のうち、平成20年4月以降、看護職員、看護補助者、医師事務作業補助者(いわゆる「医療クラーク」)等に業務(一部でも)を移転するなど、業務負担が軽減したものがあれば、該当のアルファベット(a-m)に○をつけてください。
※2)業務負担を減らした場合は、業務負担の軽減上の効果についてあてはまる番号を○をつけてください。 ※「効果がなかった」「効果がなかった」として5段階で評価し、評価の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

Table with columns for business type, evaluation scale (1-5), and effectiveness (1-5).

⑩1年前と比較して、あなたの実際の残業時間はどうなりましたか。※〇は1つだけ

1. 増加した 2. 変わらない 3. 減少した

⑪当直後の配慮についてお聞きいたします。※〇は1つだけ

1) 当直翌日は早く帰宅できる配慮がなされていますか。 1. はい 2. いいえ

2) 当直翌日は仮眠をとれる体制が整っていますか。 1. はい 2. いいえ

3) 連続当直にならないようなローテーション等の配慮がなされていますか。 1. はい 2. いいえ

⑫平成20年4月以降、経済面での処遇についてお聞きいたします。

1) 昇格以外の理由で基本給（賞与を含む）に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお書きください。 1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った

1か月当たりの変化した金額 () 円

2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当てではない、手所や当直等の勤務手当に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお書きください。 1. 増えた 2. 変わらない 3. 減った

1回当たりの変化した金額 () 円

⑬病院の中でどのような取り組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思えますか。具体的に記入ください。

⑭あなたご自身の希望として、最も近いもの1つをお選びください。※〇は1つだけ

1. できれば、今の職場（同じ病院・同じ診療科）で働きたい

2. できれば、別の病院（診療科は同じ）に異動したい

3. できれば、別の診療科（病院は同じ）に異動したい

4. できれば、別の職場（別の病院・別の診療科）に異動したい

5. できれば、開業したい

6. できれば、診療を辞めたい

7. その他（具体的に)

⑮上記⑭を選んだ主な理由をお書きください。

3. 病院勤務医の負担軽減についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 施設票（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ございません。また、適切に保管・管理・処理いたしますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願ひ申し上げます。

施設名	()
施設の所在地	()
電話番号	()
ご回答者名	()

※本調査票は、施設の管理者の方と医師の方でご相談の上、ご記入ください。ご回答の際は、あてはまる番号を〇（丸）で囲んでください。

※()内には具体的な数値、所属先をご記入ください。()内に入る数値がない場合には「0（ゼロ）」を、算出できないまたは不明の場合は「-」をご記入ください。

※調査時点は平成20年10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（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①開設者	1. 国立 2. 公立 3. 公的 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
②許可病床数	一般病床 療養病床 精神科病床 結核科病床 感染症病床 計
	床 床 床 床 床 床
③職員数（常勤換算）	医師 歯科医師 薬剤師 看護職員 その他 計
	人 人 人 人 人 人
④外来担当医師数（常勤換算）	() 人

常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数（小数点以下第1位まで）でお書きください。

■ 1週間に複数回勤務の場合：（非常勤職員の1週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）

■ 1か月に複数回勤務の場合：（非常勤職員の1か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

2. 外来診療の状況（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①外来診療を行っている診療科	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科
	5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科
	9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科
	13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科
	16. その他（具体的に)
②上記①のうち、主たる診療科	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科
	5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科
	9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科
	13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科
	16. その他（具体的に)

⑯上記②で選んだ診療科の表示している診療時間を24時間表記（例、午後3時は「15:00」）でご記入ください。

月曜日	1. 診療している 2. 診療していない	→ ():() ~ ():() ():() ~ ():() ():() ~ ():()
火曜日	1. 診療している 2. 診療していない	→ ():() ~ ():() ():() ~ ():() ():() ~ ():()
水曜日	1. 診療している 2. 診療していない	→ ():() ~ ():() ():() ~ ():() ():() ~ ():()
木曜日	1. 診療している 2. 診療していない	→ ():() ~ ():() ():() ~ ():() ():() ~ ():()
金曜日	1. 診療している 2. 診療していない	→ ():() ~ ():() ():() ~ ():() ():() ~ ():()
土曜日	1. 診療している 2. 診療していない	→ ():() ~ ():() ():() ~ ():() ():() ~ ():()
日曜日	1. 診療している 2. 診療していない	→ ():() ~ ():() ():() ~ ():() ():() ~ ():()
祝祭日	1. 診療している 2. 診療していない	→ ():() ~ ():() ():() ~ ():() ():() ~ ():()

④ 平成20年10月の1か月間における「外来診療患者延べ人数」、「外来管理加算算定回数」について、それぞれ()内に数値をご記入ください。

	(1)すべての外来診療患者延べ人数(2)+(3)	(2)初診患者数	(3)再診患者延べ人数	(4)外来管理加算算定回数
1)合計	()人	()人	()人	()回
2)内科	()人	()人	()人	()回
3)外科	()人	()人	()人	()回
4)整形外科	()人	()人	()人	()回
5)形成外科	()人	()人	()人	()回
6)脳神経外科	()人	()人	()人	()回
7)小児科	()人	()人	()人	()回
8)産婦人科	()人	()人	()人	()回
9)呼吸器科	()人	()人	()人	()回
10)消化器科	()人	()人	()人	()回
11)循環器科	()人	()人	()人	()回
12)精神科	()人	()人	()人	()回
13)眼科	()人	()人	()人	()回
14)耳鼻咽喉科	()人	()人	()人	()回
15)泌尿器科	()人	()人	()人	()回
16)皮膚科	()人	()人	()人	()回
17)その他()科	()人	()人	()人	()回
()科	()人	()人	()人	()回
()科	()人	()人	()人	()回
()科	()人	()人	()人	()回

⑤ 外来管理加算の意義付けの見直しによって、貴院ではどのような変化がありましたか。
※「大いにはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ○をつけてください。

	大いにはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1)より詳細に身体診察等を行うようになった	5	4	3	2	1
2)患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった	5	4	3	2	1
3)症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった	5	4	3	2	1
4)患者の疑問や不安を汲み取るようになった	5	4	3	2	1
5)患者1人当たりの診療時間が長くなった	5	4	3	2	1
6)診療時間の延長が多くなった	5	4	3	2	1
7)患者の待ち時間が長くなった	5	4	3	2	1
8)自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた	5	4	3	2	1
9) その他(具体的に)	5	4	3	2	1

⑥ 上記⑤以外に、外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上(収入面等)の変化があれば、具体的にお願いします。

3. 外来管理加算の算定状況等(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

①「外来管理加算」の算定をしていますか。
※○は1つだけ。「2. 現在は算定していない」場合は、算定をやめた理由をご記入ください。「3. 算定している」場合は、算定開始時期をお選びください。

1. 平成20年3月以前から算定したことがない → 7ページ4.④へお進みください
2. 平成20年3月以前は算定していたが、現在は算定していない
→ 算定をやめた理由:
→ 7ページ4.④へお進みください
3. 算定している → (1. 平成20年3月以前から 2. 平成20年4月以降から)
→ 次の質問②へお進みください

②外来管理加算を算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容に於てはまるのは、次のうちどれですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 問診 2. 身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)
3. 症状・状態についての説明 4. 今後の治療方針についての説明
5. 生活上の注意や指導 6. 処方する薬についての説明
7. 患者の悩みや不安・疑問への対応 8. その他(具体的に)

③外来管理加算を算定している患者1人当たりの診療を行っている時間*はどのくらいですか。
※およその時間で結構です。具体的に数字をご記入してください。
*「診療を行っている時間」とは患者が診療室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間を指します。

約()分

4. 平成20年4月の診療報酬改定では、以下のように、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。

■外来管理加算の意義付けの見直しの内容■
平成20年4月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして概ね5分とする目安が要件とされました。

以下では、この外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてお伺いします。

⑦ 外来管理加算の意義付けの見直しにより、外来管理加算を算定するためには、患者に対して「懇切丁寧な説明」を行うこと、それは概ね5分を超えることが算定要件となりましたが、「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思いますか。※貴方のお考えに最も近いものを1つだけ○をつけてください。

<懇切丁寧な説明の項目>

a. 問診 b. 身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)
c. 症状・状態についての説明 d. 今後の治療方針についての説明
e. 生活上の注意や指導 f. 処方する薬についての説明
g. 患者の悩みや不安・疑問への対応

1. すべての項目について、診療の都度、毎回実施するべきである → 質問④へお進みください
2. すべての項目について、診療の都度ではなく数か月に1回など、定期的に実施するべきである → 質問④へお進みください
3. 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に、すべての項目について実施するべきである → 質問④へお進みください
4. 項目毎に異なる頻度で実施するべきである → 質問④-1へお進みください

④-1 上記④で選択肢4.「項目毎に異なる頻度で実施するべきである」を選択した方にお伺いします。下記1)~4)について、実施するべき項目にあてはまるもの全ての番号に○をつけてください。また、「その他」として実施するべき内容があれば、具体的に記入してください。

	問診	身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)	症状・状態についての説明	今後の治療方針についての説明	生活上の注意や指導	処方する薬についての説明	患者の悩みや不安・疑問への対応	その他(具体的に)
1) 毎回実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
2) 数か月に1回など、定期的に実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
3) 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
4) 患者の状態の変化等により、医師が必要と判断した時に実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	

→ 質問④へお進みください

④「外来管理加算」について課題等がございましたら、自由にお書きください。

Blank box for writing responses to question 4.

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 施設票 (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、添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、本調査の無償で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・処理いたしますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願ひ申し上げます。

Form for facility information: 施設名, 施設の所在地, 電話番号, ご回答者名.

※本調査票は、施設の管理者の方と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。
※()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、算出できないまたは不明の場合は「-」をご記入ください。
※調査時点は平成 20 年 10 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 (平成 20 年 10 月末現在) についてお伺いします。

Table for facility status: ①開設者, ②種別, ③職員数 (常勤換算).

2. 外来診療の状況 (平成 20 年 10 月末現在) についてお伺いします。

Table for outpatient clinic status: ①外来診療を行っている診療科, ②①のうち主たる診療科.

3. 外来管理加算の算定状況等 (平成 20 年 10 月末現在) についてお伺いします。

Form for calculation status: ①「外来管理加算」の算定をされていますか?, ②外来管理加算を算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容.

4. 平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、以下のように、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。

■外来管理加算の意義付けの見直しの内容
平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に関する説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして概ね 5 分とする目安が要件とされました。

以下では、この外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてお伺いします。

Table for question 5: ⑤上記②で選んだ診療科の表示している診療時間を 24 時間表記 (例、午後 3 時は「15:00」) でご記入ください.

Table for question 6: ⑥平成 20 年 10 月 1 か月間における各項目の実績についてご記入ください.

① 外来管理加算の意義付けの見直しによって、貴院ではどのような変化がありましたか。
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ○を1つだけつけてください。

Table with 6 columns: 大いにあてはまる, ややあてはまる, どちらともいえない, あまりあてはまらない, 全くあてはまらない. Rows include: 1)より詳細に身体診察等を行うようになった, 2)患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった, 3)症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった, 4)患者の疑問や不安を以前より汲み取るようになった, 5)患者1人当たりの診察時間が長くなった, 6)診察時間の延長が多くなった, 7)患者の待ち時間が長くなった, 8)自己負担が高くなるため、5分以内の診察を求める患者が増えた, 9) その他 (具体的に)

② 上記①以外に、外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上（収入面等）の変化があれば、具体的に書きください。

Blank box for writing changes in management/finance.

④ 「外来管理加算」について課題等がございましたら、自由にお書きください。

Large blank box for writing issues related to the external management addition.

③ 外来管理加算の意義付けの見直しにより、外来管理加算を算定するためには、患者に対して「懇切丁寧な説明」を行うこと、それは概ね5分を超えることが算定要件となりましたが、「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思いますか。※貴方のお考えに最も近いものを1つだけ○をつけてください。

- <懇切丁寧な説明の項目>
a. 問診
b. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）
c. 症状・状態についての説明
d. 今後の治療方針についての説明
e. 生活上の注意や指導
f. 患者の悩みや不安・疑問への対応

- 1. すべての項目について、診療の都度、毎回実施するべきである 一質問④へお進みください
2. すべての項目について、診療の都度ではなく数か月に1回など、定期的に実施するべきである 一質問④へお進みください
3. 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に、すべての項目について実施するべきである 一質問④へお進みください
4. 項目毎に異なる頻度で実施するべきである 一質問④-1へお進みください

④-1 上記③で選択した4、「項目毎に異なる頻度で実施するべきである」を選択した方にお伺いします。下記1)～4)について、実施するべき項目にあてはまるもの全ての番号に○をつけてください。また、「その他」として実施するべき内容があれば、具体的に記入してください。

Table with columns: 問診, 身体診察(視診、聴診、打診及び触診等), 説明・状態についての説明, 今後の治療方針についての説明, 生活上の注意や指導, 患者の悩みや不安・疑問への対応, その他(具体的に). Rows: 1) 毎回実施するべき項目, 2) 数か月に1回など、定期的に実施するべき項目, 3) 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に実施するべき項目, 4) 患者の状態の変化等により、医師が必要と判断した時に実施するべき項目

一質問④へお進みください

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 患者票(案)

1. あなたご自身についておかがいします。

① 性別 1. 男性 2. 女性

② 年齢 ()歳

③ 本日診察を受けた診療科
1. 内科 2. 外科 3. 整形外科
4. 形成外科 5. 脳神経外科 6. 小児科
7. 産婦人科 8. 呼吸器科 9. 消化器科
10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科
13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科
16. その他(具体的に)

④ ③の診療科には、どのようなご病気や診察を受けましたか。(主な病名)
1. 高血圧 2. 糖尿病
3. 高脂血症 4. 風邪・気管支炎
5. ぜんそく 6. 花粉症などのアレルギー疾患
7. 皮膚炎・湿疹 8. 腰痛・膝痛などの関節痛
9. がん 10. 白内障・緑内障
11. その他

⑤ 現在のご病気(④の回答)で本日診察を受けた診療科(③の回答)に来院している頻度 ※○は1つだけ
1. 初めて 2. 週に1回程度
3. 2週間に1回程度 4. 1か月に1回程度
5. 2か月に1回程度 6. 年に数回程度
7. その他(具体的に)

⑥ 現在のご病気(④のご回答)で、本日診察を受けた診療科(③のご回答)に来院するようになって、どのくらいですか。 ※○は1つだけ
1. 初めて 2. 1か月未満
3. 1か月以上～3か月未満 4. 3か月以上～6か月未満
5. 6か月以上～1年未満 6. 1年以上→(おおよそ 年くらい)
7. わからない 8. その他(具体的に)

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

このページは1年以上、同じ医療機関の同じ診療科に通院した方(質問⑥で「6.1年以上」に○がついた方)におうかがいします。それ以外の方は3ページの2. 質問①にお進みください。>

⑦ 担当医師は、1年前と変わりましたか。あてはまるもの1つだけ○をつけてください。
1. 担当医師は変わらない → 質問⑧にお進みください。
2. 担当医師は変わった → 3ページの2. 質問①にお進みください。
⑧ 3月以前と比べて今年4月以降の診療についてどう思いますか。それぞれの質問について、あてはまるもの1つだけ○をつけてください。
(1) 症状・状態についての医師からの質問(問診)や聴診器で聴いたり、点眼するなどの医師の診察(身体診察)
1. 3月以前よりも丁寧(ていねい) 2. 3月以前と変わらず丁寧
3. 3月以前と変わらず丁寧ではない 4. 3月以前よりも丁寧ではない
(2) 症状・状態についての医師からの説明
1. 3月以前よりもわかりやすい 2. 3月以前と変わらずわかりやすい
3. 3月以前と変わらずわかりにくい 4. 3月以前よりもわかりにくい
(3) 今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明
1. 3月以前よりもわかりやすい 2. 3月以前と変わらずわかりやすい
3. 3月以前と変わらずわかりにくい 4. 3月以前よりもわかりにくい
(4) 処方された薬についての医師からの説明
1. 3月以前よりもわかりやすい 2. 3月以前と変わらずわかりやすい
3. 3月以前と変わらずわかりにくい 4. 3月以前よりもわかりにくい
(5) あなたの悩みや不安についての相談
1. 3月以前よりも相談に応じてくれる 2. 3月以前と変わらず相談に応じてくれる
3. 3月以前と変わらず相談に応じてくれない 4. 3月以前よりも相談に応じてくれない
(6) 診察時間(医師が直接診察してくれる時間)
1. 3月以前よりも長くなった 2. 3月以前と変わらない
3. 3月以前よりも短くなった
(7) 待ち時間(診察までの待ち時間、会計の待ち時間は含みません)
1. 3月以前よりも長くなった 2. 3月以前と変わらない
3. 3月以前よりも短くなった

2
34

⑥ 本日の診察で、医師の説明内容は丁寧でしたか。 ※○は1つだけ
1. とても丁寧だった 2. 丁寧だった
3. どちらともいえない 4. あまり丁寧ではなかった
5. 全く丁寧ではなかった 6. その他(具体的に)
⑦ 本日の診察で、医師の説明内容が理解できましたか。 ※○は1つだけ
1. 十分に理解できた 2. だいたい理解できた
3. あまり理解できなかった 4. まったく理解できなかった
5. 説明を受けていない
6. その他(具体的に)

3. 「外来管理加算」についておうかがいします。

外来管理加算とは・・・
2回目以降の診察(「再診」といいます)のときに、医師が問診・身体診察などから計画的な医学管理を行った場合、「外来管理加算」(520円、自己負担はこのうち例えば3割負担の患者の場合、156円となります)が患者に請求できるようになっています。今までは、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいといった指摘等がありました。そこで、平成20年4月から、この「外来管理加算」の意義付けを見直し、
「医師が問診、身体診察、症状・病状についての説明、今後の治療方針、生活上の注意や指導、処方された薬の説明、悩みや不安への相談等について懇切丁寧(こんせつていねい)に説明を行った場合」に、患者に請求できるものと変更されました。この懇切丁寧な説明に係る時間として概ね5分といった時間の目安が設けられました。
① こうした懇切丁寧な説明のおおむね5分という時間の目安について、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。
1. 時間の目安は必要だ → 質問①-1にお進みください。
2. 時間の目安は必要でない → 質問②にお進みください。
①-1 上記①で「1. 時間の目安は必要だ」を選択した方におうかがいします。懇切丁寧な説明を行う時間として、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。
1. 5分より短く 2. 5分くらい 3. 5分より長く

4
36

<全員におうかがいします。>

2. 本日の診察の状況等についておうかがいします。
① 本日の診察時間はおおよそ何分でしたか。 ()分
※時間がわからない場合は「1. わからない」に○をつけてください。
-1. わからない
*診察時間とは・・・診察室に入り、医師から直接、問診や身体診察を受けたり、医師へ質問したり、医師から説明を聞いた後、診察室を出るまでの時間です。待ち時間や会計の時間などは含まれません。
② 本日の診察(①の回答)で、医師から受けた診察内容について、あてはまるものすべてに○をつけてください。
1. 問診(あなたの症状・状態などについての医師からの質問)
2. 身体診察(聴診器で聴く、点眼するなど、医師が患者の身体に、直接または間接的にふれながら診察する)
3. 症状・状態についての医師からの説明
4. 今後の治療方針
5. 生活上の注意や指導(食事や睡眠、運動などについての説明)
6. 処方された薬についての説明
7. 悩みや不安・相談への対応
8. その他(具体的に)
③ 本日の診察内容に満足していますか。 ※○は1つだけ
1. とても満足している 2. 満足している
3. どちらともいえない 4. 不満である
5. とても不満である
④ 本日の診察時間の長さはどうですか。 ※○は1つだけ
1. 長すぎる 2. 長い 3. ちょうどよい
4. 短い 5. 短すぎる
⑤ 本日の診察で、医師の問診や身体診察は丁寧(ていねい)でしたか。 ※○は1つだけ
1. とても丁寧だった 2. 丁寧だった
3. どちらともいえない 4. あまり丁寧ではなかった
5. 全く丁寧ではなかった 6. その他(具体的に)

3
35

② 外来管理加算について、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。また、実施してほしい内容を以下の「懇切丁寧な説明の項目」の中から選び(あてはまるものすべて)、あてはまる文字(ア～キ)を()内にお書きください。
<懇切丁寧な説明の項目>
ア. 問診(あなたの症状・状態などについての医師からの質問)
イ. 身体診察(聴診器で聴く、点眼するなど、医師が患者の身体に、直接または間接的にふれながら診察する)
ウ. 症状・状態についての医師からの説明
エ. 今後の治療方針についての説明
オ. 生活上の注意や指導
カ. 処方された薬についての説明
キ. 悩みや不安への相談
1. 通院毎にすべての項目を実施してほしい
2. 通院毎に一部の項目を実施してほしい
→(実施してほしい項目すべてに○:ア. イ. ウ. エ. オ. カ. キ.)
3. 数か月に1回など、定期的にすべての項目を実施してほしい
4. 数か月に1回など、定期的に一部の項目を実施してほしい
→(実施してほしい項目すべてに○:ア. イ. ウ. エ. オ. カ. キ.)
5. 症状の変化があったときのみ、すべての項目を実施してほしい
6. 症状の変化があったときのみ、一部の項目を実施してほしい
→(実施してほしい項目すべてに○:ア. イ. ウ. エ. オ. カ. キ.)
7. 自分が求めたときだけ、すべての項目を実施してほしい
8. 自分が求めたときだけ、一部の項目を実施してほしい
→(実施してほしい項目すべてに○:ア. イ. ウ. エ. オ. カ. キ.)
9. その他(具体的に)
③ このような「外来管理加算」(医師の懇切丁寧な説明、診察時間等)という仕組みがあるのをご存知でしたか。
1. 知っていた 2. 知らなかった

5
37

④ その他、外来管理加算（医師の懇切丁寧な説明、診察時間等）について、ご意見がございましたら、ご記入ください。

以上でアンケートは終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れ、お近くのポストに投函してください。

様式 1

厚生労働省保険局医薬課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 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、薬局名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、変更を修正してください。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、よろしくお願ひ申し上げます。

薬局名	
薬局の所在地	
電話番号	() () ()
ご回答者名	() () ()

<ご回答方法>

- ・あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。【※○は1つだけ】という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・() 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・() 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0 (ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

1. 貴薬局の状況(平成 20 年 12 月末現在または平成 20 年 12 月 1 か月間)についてお伺いします。

①組織形態 ※法人の場合は、法人の形態にも○をつけてください	1. 法人 …… (1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人				
②職員数(常勤換算) ※小数点以下第一まで	薬剤師 () 人 その他(事務職員等) () 人				
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は、小数点以下第一までお答えください。 ■1 週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)					
③調剤基本料 ※○は1つだけ	1. 調剤基本料 (40点) 2. 調剤基本料 (18点)				
④基準調剤加算 ※○は1つだけ	1. 基準調剤加算 1 (10点) 2. 基準調剤加算 2 (30点) 3. 算定していない				
⑤後発医薬品調剤体制加算 ※○は1つだけ	1. 算定している 2. 算定していない				
⑥後発医薬品調剤率(平成 20 年 1 月から 12 月までの各月について) ※小数点以下第一まで					
1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
() %	() %	() %	() %	() %	() %
7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
() %	() %	() %	() %	() %	() %

2. 貴薬局の処方せん受付状況(平成 20 年 12 月 1 日～31 日の期間)についてお伺いします。

①上記期間中に受付けた処方せんの発行医療機関数、また処方せん枚数を()内にご記入ください。

医療機関種別	1) 処方せん発行医療機関数	2) のうち、「変更不可」時に処方せんの署名等が1割以上ある機関数				5) 処方せん枚数
		3) のうち、主として先発医薬品を処方決定している機関数	4) のうち、主として後発医薬品を処方決定している機関数			
病院	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
一般診療所	内科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	小児科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	外科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	腫瘍科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	耳鼻咽喉科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	精神科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
その他の診療科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
歯科診療所	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
合計	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚

- ② 上記①の医療機関のうち、上記期間中の処方せん枚数の最も多い1医療機関の処方せん枚数 () 枚
- ③ 貴薬局の半径 200m 以内に医療機関は何施設程度ありますか。 () 施設程度
- ④ 算定する調剤料の過半数が、浸煎薬(190点)または湯薬(190点)ですか。 1. はい 2. いいえ

3. 薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。

Table with columns for prescription counts in December 2020 and January 2021. Rows include categories like 'All prescriptions', 'Prescriptions with 1 or more generic drugs', and 'Prescriptions with 1 or more generic drugs that cannot be substituted'. Includes a summary row for the percentage of generic drug prescriptions.

※1「後発医薬品についての説明」とは、後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤と変更後の薬剤の差額等についての説明などを指します。

4. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。（平成20年4月以降）

Table with columns for patient response percentages to generic drug substitution. Rows include questions about explanation, willingness to use, and reasons for not using. Includes a summary row for the percentage of patients who used generic drugs.

※2「後発医薬品への変更可能な処方せん」とは、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せんのうち、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可」に処方箋の署名等がなく、かつ、処方内容の一部に重要な指示があるとしても、処方箋が変更不可の指示をしない「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」が1品目でもあるものを指します。

Table with columns for survey results. Rows include questions about substitution rates, reasons for not substituting, and reasons for choosing generic drugs. Includes a summary row for the percentage of generic drug prescriptions.

5. 後発医薬品の使用にあたっての医療機関との連携状況についてお伺いします。

Table with columns for cooperation status. Rows include questions about the number of cases, timing of substitution, and methods of providing information. Includes a summary row for the percentage of cases where information was provided.

6. 後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

Table with columns for opinions on generic drug use. Rows include questions about reasons for not using, reasons for using, and reasons for not substituting. Includes a summary row for the percentage of cases where information was provided.

7. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

Large empty box for handwritten comments and suggestions regarding the use of generic drugs.

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

- 平成20年12月8日(月)から14日(日)までの1週間の状況をご記入ください。
○「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん(1品目でも変更した場合を含む)についてご記入ください。
○上記の処方せんについて、1から番号を振り、「処方せん番号(NO.)」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。(下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式1の3.「⑨⑩のうち1品目でも後発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん(以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む)」の項(「イ」うち、12/8~12/14の取り扱い処方せん枚数)欄の枚数と同じであることを確認してください。
○各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄により調剤した場合は薬剤科を(A)欄に、また、実際に(後発医薬品へ変更して)調剤した薬剤科を(B)欄にご記入ください。薬剤科は処方せん1枚ごと、単位は「点」でご記入ください。
○各々の処方せんについて、この処方せんを所持した患者の一部負担金の割合を(C)欄にご記入ください(例:組合健保の被保険者3割の場合→「3」とご記入ください。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。

Table with 20 rows and 4 columns for recording drug usage data. Columns include '処方せん番号', '薬剤科(A)', '薬剤科(B)', and '患者負担率(C)'. Rows are numbered 1 to 20.

※回答用紙が足りない場合には、大変恐縮ですが、本用紙をコピーしてお使いください。
※記入例(全3枚のうち1枚目の場合)
回答用紙 3 枚中 1 枚

質問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。
※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いたします。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」後発医薬品の使用状況調査 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、本調査の機会で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できません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入ください。よろしくお願申し上げます。

Form for recording facility information: 施設名, 施設の所在地, 電話番号, ご回答者名.

※この「病院票」は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況や考えについてお伺いするものです。
※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、用語等を記入してください。() 内に数値を記入する区間で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

1. 貴施設の状況(平成20年12月末現在の状況または平成20年12月1か月間)についてお伺いします。

Form for recording facility status, including sections for hospital type, accreditation, DPC status, and drug usage statistics.

Form for recording generic drug usage, including questions about usage frequency and reasons for not using them.

Form for recording the number of generic drugs and their usage rates, with checkboxes for various categories.

2. 貴施設における院外処方せん発行状況(平成20年12月1か月間)についてお伺いします。

Form for recording off-site prescription status, including the number of prescriptions and the percentage of generic drug prescriptions.

3. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等(平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況)についてお伺いします。ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。

Form for recording inpatient drug usage, including the number of patients and the extent of generic drug usage.

④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。

1. 改善した 2. 変化はない 3. 悪化した

4. 後発医薬品の使用についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

④-1 1年前と比較して、後発医薬品の処方（後発医薬品への変更不可としない処方せんも含みます）は、どうなりましたか。 ※○は1つだけ

1. 多くなった 2. 変わらない 3. 少なくなった

④-2 平成20年4月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問⑤へ

④-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した（すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした）処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

1. 10%未満 2. 10%以上～30%未満 3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満 5. 70%以上～90%未満 6. 90%以上

④-2「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からです。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者からの強い要望があったから 2. 後発医薬品の品質が不安だから
3. 後発医薬品メーカーの供給体制が不安だから 4. 後発医薬品の情報提供体制が不安だから
5. 後発医薬品の剤形が患者に適していないから 6. 薬局での後発医薬品の備蓄が不安だから
7. 後発医薬品の効果や副作用の違いを懸念したから
8. 治療域のせまい薬剤だから
9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから
10. 病院として使用する医薬品の銘柄を指定されているから
11. 薬局で実際に調剤された後発医薬品名を診療録に記載するのが面倒だから
12. 薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから
13. 薬剤料が安くないから
14. 特に理由はない（処方方針として）
15. その他（具体的に）

..... → 質問⑥へお読みください

④-3 平成20年4月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問⑤へ

④-1 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。最もお考えに近い番号に1つだけ○をつけてください。 ※○は1つだけ

1. 先発医薬品について変更不可とすることが多い
2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更不可とすることが多い
3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更不可とすることが多い
4. その他（具体的に）

④-2 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

1. 10%未満 2. 10%以上～30%未満 3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満 5. 70%以上～90%未満 6. 90%以上

「病院票」の質問はこれで終わります。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※この「医師票」は、貴医療機関において、院外処方せんを発行している外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※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。（ ）内に数値を記入する段階で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。 ※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒（切手不要）にて、直接、事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。

※特に断りのない場合は、平成20年12月現在の状況についてご記入ください。

1. 貴方ご自身についてお伺いします。

①性別	1. 男性	2. 女性	②年齢	() 歳
③主たる担当診療科	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 形成外科
※○は1つだけ	5. 小児科	6. 産婦人科	7. 呼吸器科	8. 消化器科
	9. 循環器科	10. 精神科	11. 眼科	12. 耳鼻咽喉科
	13. 泌尿器科	14. 皮膚科	15. 放射線科	
	16. その他（具体的に）			
④（ご自身の）1日当たり平均外来診察患者数	() 人程度 ※平成20年12月1か月間			

2. 外来診療における院外処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考え（平成20年12月末現在）についてお伺いします。

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

1. 特にこだわりはない → 質問②へ

2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 → 質問②へ

3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない → 質問①-1の後、質問②へ

* 後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。

<上記質問①で「3」と回答された方にお伺いします>

①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）に記入してください。

1. 後発医薬品の品質への疑問 2. 後発医薬品の効果への疑問
3. 後発医薬品の副作用への不安 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備
5. 後発医薬品の情報提供の不備

①-1-1 どのような情報が必要ですか。
例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足
7. その他（具体的に）

..... → 質問②へお読みください

②1 1年前と比較して、後発医薬品の処方（後発医薬品への変更不可としない処方せんも含みます）は、どうなりましたか。 ※○は1つだけ

1. 多くなった 2. 変わらない 3. 少なくなった

④-1 平成20年4月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問⑤へ

④-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した（すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした）処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

1. 10%未満 2. 10%以上～30%未満 3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満 5. 70%以上～90%未満 6. 90%以上

④-2「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からです。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者からの強い要望があったから 2. 後発医薬品の品質が不安だから
3. 後発医薬品メーカーの供給体制が不安だから 4. 後発医薬品の情報提供体制が不安だから
5. 後発医薬品の剤形が患者に適していないから 6. 薬局での後発医薬品の備蓄が不安だから
7. 後発医薬品の効果や副作用の違いを懸念したから
8. 治療域のせまい薬剤だから
9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから
10. 病院として使用する医薬品の銘柄を指定されているから
11. 薬局で実際に調剤された後発医薬品名を診療録に記載するのが面倒だから
12. 薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから
13. 薬剤料が安くないから
14. 特に理由はない（処方方針として）
15. その他（具体的に）

..... → 質問⑥へお読みください

④-3 平成20年4月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問⑤へ

④-1 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。最もお考えに近い番号に1つだけ○をつけてください。 ※○は1つだけ

1. 先発医薬品について変更不可とすることが多い
2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更不可とすることが多い
3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更不可とすることが多い
4. その他（具体的に）

④-2 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

1. 10%未満 2. 10%以上～30%未満 3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満 5. 70%以上～90%未満 6. 90%以上

④-3 一部の医薬品について「変更不可」とする理由は何ですか。最も多いもの1つに○をつけてください。

1. 処方銘柄について患者からの強い要望があるから
2. 処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配であるから
3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問があるから
4. 後発医薬品の供給体制に不安があるから
5. 処方銘柄が身体への影響が大きい（生命のリスクがある）医薬品であるから
6. 処方銘柄が治療域のせまい医薬品であるから
7. 患者に適した剤形が他にないから
8. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
9. 病院として使用する医薬品の銘柄を指定されているから
10. その他（具体的に）

..... → 質問⑤へお読みください。

⑤ 平成20年4月以降、後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。 ※○は1つだけ

1. 10%未満 2. 10%以上～30%未満 3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満 5. 70%以上～90%未満 6. 90%以上

⑥ 上記⑤の後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者数は、1年前と比較して、どうですか。 ※○は1つだけ

1. 非常に増えた 2. 増えた 3. 変わらない
4. 減った 5. 非常に減った

⑦ 院外処方せん枚数全体に占める、後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。（平成20年12月1か月間）

() %程度

⑧ 保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. だいたいある 3. まったくない

⑨ 保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。考え方の最も近いもの1つを選んでください。

1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい
2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供されればよい
3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供されればよい
4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい
5. 調剤内容についての情報は必要ではない
6. その他（具体的に）

3. 後発医薬品の使用についてお伺いします。

①後発医薬品について、裏書法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※〇は1つだけ

1. だいたい知っている 2. 少しは知っている 3. ほとんど知らない

②平成20年4月の処方せん様式の変更で、良かった点があればご記入ください。

③平成20年4月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。

④今後、どのような対応が進めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思えますか。 ※〇は1つだけ

1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
 2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保
 3. 後発医薬品に対する患者の理解
 4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価
 5. 特に対応は必要ない
 6. その他（具体的に）

4. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※この「診療所名」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。
 ※回答の際は、**あてはまる番号を○(マル)**で記入してください。また、()内には**真性的な数値・項目**をご記入ください。
 ()内に数値を記入する段階で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
 ※特に断りのない場合は、平成20年12月現在の状況についてご記入ください。

ご回答者についてご記入ください。

①性別	1. 男性	2. 女性	②年齢	() 歳
③主たる担当診療科	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 形成外科
※〇は1つだけ	5. 小児科	6. 産婦人科	7. 呼吸器科	8. 消化器科
	9. 循環器科	10. 精神科	11. 眼科	12. 耳鼻咽喉科
	13. 泌尿器科	14. 皮膚科	15. 放射線科	
	15. その他（具体的に）			

1. 貴施設の状況（平成20年12月末現在）についてお伺いします。

①医療機関名 ()

②所在地 () 都・道・府・県

③開設者 1. 個人 2. 法人 3. その他

④種別 ※〇は1つだけ
 1. 無床診療所
 2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床

⑤主たる診療科 ※〇は1つだけ
 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科
 5. 小児科 6. 産婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科
 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科
 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 放射線科
 16. その他（具体的に）

⑥医師数（常勤のみ） () 人

⑦薬剤師数（常勤のみ） () 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。

⑧医薬品の備蓄状況

1) 医薬品備蓄品目数	約 () 品目
2) 上記1)のうち後発医薬品の備蓄品目数	約 () 品目

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況）についてお伺いします。ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。（無床診療所の方は、3.へお進みください。）

①平均入院患者数 () 人 ※平成20年12月1か月間	
②入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。	1. 後発医薬品があるものは積極的に使用 2. 後発医薬品のあるものの一部を使用 3. 後発医薬品をほとんど使用していない 4. その他（具体的に）
③平成20年4月以降、入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありますか。 ※1つだけ選択し、「ある」場合は、④-1の原因についてあてはまるものすべてに〇をつけてください。	1. ない 2. ある ④-1「ある」場合、その内容はどのようなものですか。次の中からあてはまるものをすべてお選びください。 1. 後発医薬品の品質上の問題 2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題 3. 後発医薬品の供給体制上の問題 4. その他（具体的に）
④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。 ※〇は1つだけ	1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した

3. 貴施設における院外処方せん発行状況等（平成20年12月1か月間）についてお伺いします。

①貴施設では、平成20年4月以降、院外処方せんを発行していますか。 ※〇は1つだけ

1. 発行している
2. 発行していない

院外処方せんを発行していない場合は、5ページの「5. 外発診療における院内投票の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします」へお進みください。

②外発診療の状況についてお伺いします。

1) 1か月間の外発診療実施日数（平成20年12月1か月間）	() 日
※平日診療の場合は「0.5日」として計算してください	
2) 1か月間の外発患者数（平成20年12月1か月間）	() 人
③外発における院外処方せん発行枚数（平成20年12月1か月間）	() 枚

4. 外発診療における処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考え（平成20年12月末現在）をお伺いします。＜院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします＞

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ

1. 特にこだわりはない → 質問②へ
 2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 → 質問②へ
 3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない → 質問①-1の後、質問②へ
 *後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名を行わない場合を含みます。

＜上記質問①で「3」を選ばれた方にお伺いします＞

①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号のすべてに〇。また、15「後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報（ ）に記入してください。

1. 後発医薬品の品質への疑問	2. 後発医薬品の効果への疑問
3. 後発医薬品の副作用への不安	4. 後発医薬品の安定供給体制の不備
5. 後発医薬品の情報提供の不備	
①-1-1 どのような情報が必要ですか。 例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告	
6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足	
7. その他（具体的に）	

..... 質問②へお進みください

②1 1年前と比較して、後発医薬品の処方（後発医薬品への変更不可としない処方せんも含まれます）は、どうなりましたか。 ※〇は1つだけ

1. 多くなった 2. 変わらない 3. 少なくなった

③平成20年4月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問④へ

④-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した（すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした）処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※〇は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上 ~ 30%未満	3. 30%以上 ~ 50%未満
4. 50%以上 ~ 70%未満	5. 70%以上 ~ 90%未満	6. 90%以上

④-2「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からですか。 ※あてはまる番号のすべてに〇

1. 患者からの強い要望があったから	2. 後発医薬品の品質が不安だから
3. 後発医薬品メーカーの供給体制が不安だから	4. 後発医薬品の情報提供体制が不安だから
5. 後発医薬品の剤形が患者に適していないから	6. 薬局での後発医薬品の備蓄が不安だから
7. 後発医薬品の効果や副作用の違いを認識したから	
8. 治療域のせまい薬剤だから	
9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから	
10. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定されているから	
11. 薬局で実際に調剤された後発医薬品名を診療録に記載するのが面倒だから	
12. 薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから	
13. 薬剤料が安くならないから	
14. 特に理由はない（処方方針として）	
15. その他（具体的に）	

..... 質問②へお進みください

④平成20年4月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問⑤へ

④-1 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。最もお考えに近い番号に1つだけ○をつけてください。 ※○は1つだけ

1. 後発医薬品について変更不可とすることが多い
2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更不可とすることが多い
3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更不可とすることが多い
4. その他 (具体的に)

④-2 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ

1. 10%未満 2. 10%以上 ~ 30%未満 3. 30%以上 ~ 50%未満
4. 50%以上 ~ 70%未満 5. 70%以上 ~ 90%未満 6. 90%以上

④-3 一部の医薬品について「変更不可」とする理由は何ですか。最も多いもの1つに○をつけてください。

1. 処方銘柄について患者からの強い要望があるから
2. 処方銘柄に対する後発医薬品の副作用が心配であるから
3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問があるから
4. 後発医薬品の供給体制に不安があるから
5. 処方銘柄が身体への影響が大きい (生命のリスクがある) 医薬品であるから
6. 処方銘柄が治療域のせまい医薬品であるから
7. 患者に適した剤形が他にないから
8. 処方銘柄を長く使用し慣れているから
9. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定されているから
10. その他 (具体的に)

⑤平成20年4月以降、後発医薬品について関心がある (質問する、使用を希望する) 患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。 ※○は1つだけ

1. 10%未満 2. 10%以上 ~ 30%未満 3. 30%以上 ~ 50%未満
4. 50%以上 ~ 70%未満 5. 70%以上 ~ 90%未満 6. 90%以上

⑥上記⑤の後発医薬品について関心がある (質問する、使用を希望する) 患者数は、1年前と比較して、どうですか。 ※○は1つだけ

1. 非常に増えた 2. 増えた 3. 変わらない
4. 減った 5. 非常に減った

⑦院外処方せん枚数全体に占める、後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 (平成20年12月1か月間)

() %程度

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. だいたいある 3. まったくない

⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合、どのような情報提供が望ましいと思いますか。考え方の最も近いもの1つを選んでください。

1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい
2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供されればよい
3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供されればよい
4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい
5. 調剤内容についての情報は必要ではない
6. その他 (具体的に)

⑩「6. 後発医薬品の使用についてお問い合わせ」へお進みください。

5. 外来診療時における院内処方の状況や後発医薬品の使用に関するお問い合わせについてお問い合わせください。院外処方せんを発行していない施設の方にお問い合わせください。

⑪後発医薬品の処方に関するお問い合わせ、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

1. 特にこだわりはない → 6. 質問⑩へ
2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 → 6. 質問⑩へ
3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的に処方しない → 質問⑩-1へ

<上記質問⑩で「3」を回答された方にお伺いします>

⑩-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を () に記入してください。

1. 後発医薬品の品質への疑問 2. 後発医薬品の効果への疑問
3. 後発医薬品の副作用への不安 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備
5. 後発医薬品の情報提供の不備
⑩-1-1 どのような情報が必要ですか。
例: 先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告
6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足
7. その他 (具体的に)

⑫後発医薬品の使用についてお問い合わせ。<全施設の方にお伺いします>

⑬後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ (例えば、人での血中濃度を測定する血中濃度データなど) が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ

1. だいたい知っている 2. 少しは知っている 3. ほとんど知らない

①平成20年4月の処方せん様式の変更で、良くなった点があればご記入ください。

②平成20年4月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。

③今後、どのような対応が進めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。 ※○は1つだけ

1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保
3. 後発医薬品に対する患者の理解
4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価
5. 特に対応は必要ない
6. その他 (具体的に)

7. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※この「患者票」は、患者の方に、後発医薬品の使用状況や考えについてお問い合わせするものです。
※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。

1. あなたご自身についておうかがいします。

① 性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	() 歳
③ 診療を受けた診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 小児科 6. 産婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. その他 ()		
④ 薬局への来局頻度 ※○は1つだけ	1. 週に1回程度 2. 2週間に1回程度 3. 1か月に1回程度 4. 2か月に1回程度 5. 年に数回程度 6. () に1回程度		
⑤ かかりつけの薬局がありますか。	1. ある 2. ない		
⑥ お薬手帳を使っていますか。 ※○は1つだけ	1. 使っている 2. 使っていない 3. お薬手帳を知らない		

2. 後発医薬品の使用に関するお問い合わせについておうかがいします。

① 後発医薬品 (ジェネリック医薬品) を知っていますか。 ※○は1つだけ

1. 知っている
2. 名前聞いたことがある
3. 知らない → 質問②へ

<上記①で「1. 知っている」「2. 名前聞いたことがある」と回答された方におうかがいします。>

①-1 どこで後発医薬品 (ジェネリック医薬品) を知りました (名前を聞きました) か。
※あてはまる番号すべてに○

1. テレビCMを見て 2. 新聞・雑誌等を見て
3. 医師・薬剤師の説明で 4. 医療機関・薬局内のポスターを見て
5. 家族・知人から聞いて 6. 都道府県・市町村からのお知らせを見て
7. 健康保険組合からのお知らせを見て 8. インターネットを見て
9. その他 ()

② 後発医薬品 (ジェネリック医薬品) とは
先発医薬品 (新薬) の特許が切れた後に販売される医薬品で、先発医薬品と同等であること (例えば、品質、安定性、服用後の血中濃度の推移など) を厚生労働省が認めたものですが、価格は安くなっています。

② 医師や薬剤師から後発医薬品についての説明を受けたことがありますか。※○は1つだけ

1. 医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがある
 2. 医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがない 一質問③へ

<上記②で「1. 説明を受けたことがある」と回答された方におうかがいします。>

②-1 おもに説明してくれたのは誰ですか。※○は1つだけ

1. おもに医師から 2. おもに薬剤師から 3. 医師と薬剤師の両方から

②-2 説明された内容は理解できましたか。※○は1つだけ

1. 理解できた 2. あまり理解できなかった 3. まったく理解できなかった

③ 後発医薬品を使用したことがありますか。※○は1つだけ

1. ある 2. ない 一質問④へ

<上記③で後発医薬品を使用したことが「1. ある」と回答された方におうかがいします。>

③-1 後発医薬品の効果（効き目）に満足していますか。※○は1つだけ

1. 満足している 2. どちらかという満足している
 3. どちらかという不満である 4. 不満である

③-2 窓口での薬代の負担感をお聞かせください。※○は1つだけ

1. 安くなった 2. それほど変わらなかった 3. わからない

④ 後発医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。※○は1つだけ

1. できれば後発医薬品を使いたい 2. できれば先発医薬品を使いたい
 3. 後発医薬品や先発医薬品にはこだわらない 4. わからない

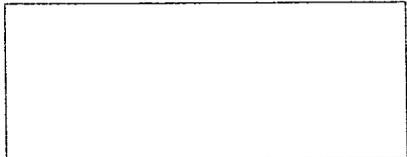
⑤ あなたが後発医薬品を使用するにあたって必要なことは何ですか。
 ※あてはまる番号すべてに○

1. 効果（効き目）があること 2. 使用感がよいこと
 3. 副作用の不安が少ないこと 4. 窓口で支払う薬代が安くなること
 5. 医師のすすめがあること 6. 薬剤師のすすめがあること
 7. 後発医薬品についての不安を相談できるところがあること
 8. 後発医薬品についての正確な情報が容易に入手できること
 9. その他（具体的に）
 10. とくにない

3. 後発医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
 61

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）
後期高齢者診療料の算定状況に関わる調査 調査票(案)



● 特に指示がある場合を除いて、平成20年10月1日現在の状況についてお答え下さい。
 ● 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■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20年()月()日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■貴院の概要についてお伺いします。

問1 貴院の施設種別について該当するものをお選びください。(○は1つ)
 なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、許可病床数もご記入ください。
 また、貴院の連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数をご記入下さい。

(1) 施設種別	01 病院	02 有床診療所	03 無床診療所
(2) 許可病床数	() 床 <うち一般病床() 床>		
(3) 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数			施設
(4) [再掲] 病院			施設
(5) [再掲] 診療所			施設
(6) [再掲] 介護関連施設			施設

問2 貴院において施設基準の届出をしているものとして該当するものをお選びください。(○は1つ)

01 在宅療養支援診療所 02 在宅療養支援病院 03 01・02の届出無し

問3 貴院の開設者として該当する選択肢番号に○をお付け下さい。(○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、その他）
 02 公的医療機関（都道府県、市町村、日赤、真生会、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、厚生年金事業協同会、国民健康保険連合会）
 04 医療法人（医療法人）
 05 個人（個人）
 06 その他（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、社会福祉社、その他法人）

問4 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(○はいくつでも)
 なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。

01 内科	10 アレルギー科	19 小児外科	28 性病科
02 呼吸器科	11 リウマチ科	20 産婦人科	29 こう門科
03 消化器科（胃腸科）	12 外科	21 産科	30 パピコロン科
04 循環器科	13 整形外科	22 婦人科	31 放射線科
05 小児科	14 形成外科	23 眼科	32 麻酔科
06 精神科	15 美容外科	24 耳鼻いんこう科	33 歯科
07 神経科	16 脳神経外科	25 気管食道科	34 矯正歯科
08 神経内科	17 呼吸器外科	26 皮膚科	35 小児歯科
09 心療内科	18 心臓血管外科	27 泌尿器科	36 歯科口腔外科

(複数の診療科目を選ばれた一般診療所のみ) 主たる診療科目の番号をご記入ください。→

問5 貴院の外來患者数について、平成19年10月1ヶ月、平成20年10月1ヶ月における実人数をご記入下さい。

	平成19年10月1ヶ月	平成20年10月1ヶ月
(1) 外來患者数	人	人

問6 貴院は後期高齢者診療料の算定をされていますか。該当する選択肢番号に○をお付け下さい。算定をされている場合は、算定は開始された時期もご記入下さい。また、届出の届に記録された医師数（高齢者担当医）についてもご記入ください。

(1) 後期高齢者診療料	01 算定あり	02 算定なし
	時期：平成()年()月	
(2) 高齢者担当医 医師数	人	

上記 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○をされた方は、8頁の問21お進み下さい。
なお、「01 算定あり」に○をされた方は、以下の問7から問20の設問にお答えください。

■後期高齢者診療料の算定状況についてお伺いします。

問7 平成20年10月における75歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数についてご記入ください。なお、内訳としてそれぞれ主病（重症疾患の場合、最も主な病気）別患者数・来院回数総数についてもご記入ください。

また、昨年の平成19年10月時点における75歳以上外来患者についても同様にご記入ください。
※1 「その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患」には、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎を主病とする患者が該当します。

(1) 75歳以上外来患者数(平成20年10月)				人
〔再掲〕主病別患者について(平成20年10月)		患者数	来院回数総数	
(2)〔再掲〕糖尿病		人		回
(3)〔再掲〕脂質異常症		人		回
(4)〔再掲〕高血圧性疾患		人		回
(5)〔再掲〕認知症		人		回
(6)〔再掲〕その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1		人		回
(7) 後期高齢者診療料 算定患者数(平成20年10月)				人
〔再掲〕主病別患者について(平成20年10月)		患者数	来院回数総数	
(8)〔再掲〕糖尿病		人		回
(9)〔再掲〕脂質異常症		人		回
(10)〔再掲〕高血圧性疾患		人		回
(11)〔再掲〕認知症		人		回
(12)〔再掲〕その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1		人		回
(13) 75歳以上外来患者数(平成19年10月)				人
〔再掲〕主病別患者について(平成19年10月)		患者数	来院回数総数	
(14)〔再掲〕糖尿病		人		回
(15)〔再掲〕脂質異常症		人		回
(16)〔再掲〕高血圧性疾患		人		回
(17)〔再掲〕認知症		人		回
(18)〔再掲〕その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1		人		回

問8 平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定しており、かつ前年の平成19年8月から10月の期間においても診療にあつた患者について、直近で診られた患者（ただし、急性病発症時の患者を除く）を主病別に5名指定いただき、「前年と今年の回数の変化」欄に各項目の回数（頻度）の変動状況として該当する選択肢番号1つに○をお付けください。（○は1つ）併せて、「回次（頻度）」に変動がある項目については、その理由に該当する選択肢を下記「■変化の理由」□内より選び、「回数に変化がある場合の理由」欄における当該番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合は、「07 その他」のカッコ内に自由にご記入の上、当該番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）

- 変化の理由
- 01 他医療機関との調整を行っているため
 - 02 他医療機関よりの患者に関する情報提供が増えているため
 - 03 必要な検査等の見直しを行ったため
 - 04 定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため
 - 05 後期高齢者診療計画書の作成時において患者（あるいは家族）からの希望があったため
 - 06 患者の心身の状況に変化があったため
 - 07 その他（ ）

8-1 主病 糖尿病の患者について

	前年と今年の回数の変化			回数に変化がある場合の理由							
(1) 3ヶ月間の総来院回数	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(3) 身体計測の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(4) 検尿の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(5) 血液検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07

8-2 主病 脂質異常症の患者について

	前年と今年の回数の変化			回数に変化がある場合の理由							
(1) 3ヶ月間の総来院回数	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(3) 身体計測の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(4) 検尿の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(5) 血液検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07

8-3 主病 高血圧性疾患の患者について

	前年と今年の回数の変化			回数に変化がある場合の理由							
(1) 3ヶ月間の総来院回数	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(3) 身体計測の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(4) 検尿の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(5) 血液検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07

次頁につづく

8-4 主病 認知症の患者について

	前年と今年の回数の変化			回数に変化がある場合の理由							
(1) 3ヶ月間の総来院回数	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(3) 身体計測の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(4) 検尿の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(5) 血液検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07

8-5 主病 その他（結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎）の患者について

	前年と今年の回数の変化			回数に変化がある場合の理由							
(1) 3ヶ月間の総来院回数	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(3) 身体計測の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(4) 検尿の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(5) 血液検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加	02 変化なし	03 減少	⇒	01	02	03	04	05	06	07

問9 貴院では、今後、後期高齢者診療料の算定についてどのような意向をお持ちですか、今後の意向として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。（○は1つ）

01 算定患者を増やしていく 02 算定患者はこれまでどおりを維持する 03 算定患者を減らしていく
04 その他（ ）

問10 貴院にて後期高齢者診療料の算定をはじめられてからこれまでに、下記項目のそれぞれについての効果はどの程度ありますか。効果の程度に該当する選択肢を下記「■効果について」□内より選び、「効果の程度」欄における当該番号に○を1つお付け下さい。（○は1つ）

■効果について

- 01 きわめて効果がある
- 02 やや効果がある
- 03 どちらとも思えない
- 04 やや効果はない
- 05 ほとんど効果はない

	効果の程度				
01 患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと	01	02	03	04	05
02 患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと	01	02	03	04	05
03 患者の他の医療機関への受診状況や診療スケジュールを把握すること	01	02	03	04	05
04 患者に対する他の医療機関との診療、検査、投薬の重複を回避すること	01	02	03	04	05
05 患者の服薬状況・薬剤服用歴を随時的に把握すること	01	02	03	04	05
06 市町村が実施する健康診査・保健指導の内容を反映した診療を行うこと	01	02	03	04	05

問11 貴院の75歳以上の外来患者に対して、後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。（○はいくつでも）

- 01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため
- 02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため
- 03 患者が算定対象者としてふさわしくないと考えられるため
- 04 他医療機関にて既に算定されていた、あるいは他の医療機関が算定する予定のため
- 05 患者の服薬状況および薬剤服用歴を随時的に管理することが困難なため
- 06 患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため
- 07 75歳以上の外来患者において算定していない患者はいない
- 08 その他（ ）

問12 貴院にて後期高齢者診療料の算定を途中で止められた患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。（○はいくつでも）

- 01 他医療機関との調整が困難なため
- 02 後期高齢者診療計画書などの記載が負担となり困難なため
- 03 患者の状態変化等により必要な検査等が十分に実施できないため
- 04 患者（あるいは家族）より従来の診療に戻して欲しいとの希望があったため
- 05 患者の急性増悪のため
- 06 求められている要件に対して600点が低すぎるため
- 07 その他（ ）

■後期高齢者診療計画書の作成状況についてお伺いします。

問13 平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定している患者の主病別患者数（本人数）と、同期間における後期高齢者診療計画書の交付総回数（3ヶ月間の交付回数の合計）についてご記入ください。

後期高齢者診療計画書の作成について	患者数	交付総回数
(1)〔再掲〕糖尿病	人	回
(2)〔再掲〕脂質異常症	人	回
(3)〔再掲〕高血圧性疾患	人	回
(4)〔再掲〕認知症	人	回
(5)〔再掲〕その他の後期高齢者診療料の対象疾患	人	回

問14 後期高齢者診療計画書の作成にかかる時間はどのくらいですか。平均的な（作成1回当りの）所要時間（分）をご記入下さい。

後期高齢者診療計画書の作成に際する平均的な（作成1回当たり）所要時間 約 分

問15 後期高齢者診療計画書を記載する際に要する患者への説明（医師に限らず看護師等も含む）時間は、どのくらいですか。平均的な（患者1人当りの）説明時間（分）をご記入下さい。

後期高齢者診療計画書の記載に関連する患者への平均説明時間 約 分

問 16 後期高齢者診療計画書に記載されている緊急時の入院先病院について、その平均施設数をご記入下さい。

後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数 (平均施設数)	施設
---------------------------------	----

問 17 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について、項目の過不足や追加すべき項目など、記載に関するご意見等がございましたら具体的にご記入ください。

後期高齢者診療計画書について

本日の診療内容の要点について

■後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度などについてお伺いします。

問 18 貴院では、後期高齢者診療 (料) の活用を 75 歳以上外来患者に対して積極的に助めておられますか。その活動の状況と今後の意向について該当する選択肢の番号に○を1つお付け下さい。(○は1つ)

(1) 活用の助め	01 積極的にやっている	02 ほどほどやっている	03 やっていない
(2) 今後の活動の意向	01 実施 (継続) する	02 実施 (継続) しない	03 決めていない

問 19 平成 20 年 10 月における貴院の 75 歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度や希望の状況について、以下の項目別に該当する患者数をご記入下さい。

	平成 20 年 10 月	
(1) 75 歳以上の外来患者の総人数		人
(2) [西様] 後期高齢者診療料を理解でき、希望 (同意) している		人
(3) [西様] 後期高齢者診療料を一部理解できていないが、希望 (同意) している		人
(4) [西様] 後期高齢者診療料を理解でき、希望 (同意) していない		人
(5) [西様] 後期高齢者診療料を一部理解できておらず、希望 (同意) していない		人
(6) [西様] 患者の理解度や希望の状況は不明		人
(7) [西様] 後期高齢者診療料に係る説明はしていない		人

問 20 貴院において後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせの内容として、該当する選択肢の中から多いもの 2 つに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカテゴリー内に自由にご記入ください。(○は 2 つまで)

01 担当医の役割	02 診療内容・頻度への影響	03 薬の処方内容・頻度への影響
04 検査内容・頻度への影響	05 患者負担額への影響	06 他の医療機関への受診の可否
07 連携している緊急時の入院先医療機関の内容	08 問合せはない	
09 その他 ()		

問 21 問 6 で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○された方にお伺いします。貴院が後期高齢者診療料を 1 人も算定されていない理由として該当する選択肢のすべての番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカテゴリー内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため

02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため

03 他の医療機関との調整が困難なため

04 患者に対する他の医療機関への受診の調整が困難なため

05 後期高齢者診療料に係る診療計画書や本日の診療内容の要点の作成が困難なため

06 患者の服薬状況および薬剤服用歴を随時的に管理することが困難なため

07 後期高齢者の療養を行うにつき必要な研修を受講する (させる) ことが困難なため

08 患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため

09 その他 ()

■最後に、後期高齢者診療料に関してご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

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。

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1 後期高齢者診療料に係る調査 患者調査票 (案)

[ご記入に際してのお願い]

- 各設問の回答方法をご確認の上、ご本人またはご家族がご回答ください。
- 分からないもの、回答できないものについては、空欄のままでも結構です。可能な範囲でご協力ください。
- 選択肢の間については、あてはまる回答の番号を○で囲んでご回答ください。「その他」を選んだ場合は、() に具体的な内容を記述してください。
- 回答が終わりましたら、調査票を封筒に戻し、封を行った上でそのままポストに投函ください。
- 調査に関してご不明な点がある場合は、下記の「コールセンター」までお問い合わせください。

《コールセンター》

TEL: 〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇 (月～金 9:30～17:00)
FAX: 〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇 (24 時間)

《「後期高齢者診療料」とは》

- 〇 「後期高齢者診療料」は、75 歳以上の方に対して、心と身体の状態に詳しい「担当医」(医師) が糖尿病などの慢性的な病気を総合的、継続的にみるための制度で平成 20 年 4 月から導入されました。
- 〇 「担当医」は、「後期高齢者診療料」の対象となった方に対して、「後期高齢者診療計画書」を渡し、病状や検査のスケジュールなどについて説明することになっています。
- 〇 また、診療を行った日には、その日の検査や次回の手定などが書かれた「本日の診療内容の要点」をおわたしすることになっています。

問 1. 医師から「後期高齢者診療計画書」をもらったのはどの月でしたか。(○はいくつでも)

ア. 4 月	イ. 5 月	ウ. 6 月	エ. 7 月	オ. 8 月	カ. 9 月	キ. 10 月
--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

問 2. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、計画書がわたされる病院・診療所への通院の回数は変わりましたか (○は 1 つ)。変わっている場合は、その理由もお答えください。

ア. 回数は増えた	→ 変わった理由
イ. 回数は減った	
ウ. 変わらない	
エ. わからない	

問 3. あなたが今、通院されている病院・診療所は全部でおよそいくつ (何施設) ありますか。

通院されている病院・診療所の全数	: 約	施設
------------------	-----	----

問 4. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、通院されている病院・診療所の数は変わりましたか (○は 1 つ)。

ア. 数は増えた	イ. 数は減った	ウ. 変わらない	エ. わからない
----------	----------	----------	----------

問5. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、検査の回数は変わりましたか (○は1つ)。

ア. 数は増えた イ. 数は減った ウ. 変わらない エ. わからない

問6. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、処方される薬の数は変わりましたか (○は1つ)。

ア. 数は増えた イ. 数は減った ウ. 変わらない エ. わからない

問7. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、診療にかかる時間は変わりましたか (○は1つ)。

ア. 長くなった イ. 短くなった ウ. 変わらない エ. わからない

問8. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、計画書をもっている所他に通院されている他の病院・診療所で、「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」の内容について きかれたことがありますか (○は1つ)。

ア. きかれた イ. きかれていない ウ. 覚えていない

問9. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、よかったと思うことはありますか。あてはまるものすべてに○を付けてください (○はいくつでも)。

- ア. 医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった
- イ. 治療方針など今後のことがわかりやすくなった
- ウ. 気になったことや悩みを相談しやすくなった
- エ. 安心して生活をおくれるようになった
- オ. 医師や看護師などに対する信頼が深まった
- カ. 他の病院・診療所に行った時、自分の状況を説明しやすくなった
- キ. その他 (具体的に)
- ク. よかったと思うことはない

3

72

問10. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、気になったり疑問に思ったことはありますか。あてはまるものすべてに○を付けてください (○はいくつでも)。

- ア. 医師の説明がわかりにくくなった
- イ. 医師から受ける診療の内容が減っている
- ウ. 医師が書類*を書くことに気をとられている
- エ. 医師から受ける診療の時間や待ち時間が長くなった
- オ. 説明があれば、定期的に書類*をもらわなくてもいい
- カ. 悩みなどを相談しにくいままである
- キ. 生活についての不安がなくなる
- ク. その他 (具体的に)
- ケ. 気になったり疑問に思ったことはない

*書類とは・・・医師からわたされる「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」のことです。

問11. 後期高齢者診療計画書をもらうようになった前と後で、計画書をつたされる医師から受けた診療などについて満足度が変わりましたか (○は1つ)。

- ア. とても満足に思うようになった
- イ. 満足に思うようになった
- ウ. 変わらない
- エ. 不満に思うようになった
- オ. とても不満に思うようになった

問12. 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について希望やご意見がありましたら、下欄に自由にお書き下さい。

□後期高齢者診療計画書について

□本日の診療内容の要点について

4

73

問13. あなた (患者さん) 自身のことについて、お伺いします。

(1) 性別 (○は1つ)

ア. 男性 イ. 女性

(2) 年齢 (○は1つ)

ア. 75歳～79歳 イ. 80歳～84歳
ウ. 85歳～89歳 エ. 90歳以上

(3) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院するようになってどのくらいですか (○は1つ)。

ア. 1年以内 イ. 2～5年
ウ. 6～10年 エ. 11年以上

(4) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院する回数は1ヶ月にどのくらいですか (○は1つ)。

ア. 1回 イ. 2～3回
ウ. 4～5回 エ. 5回以上

(5) あなた (患者さん) の後期高齢者診療計画書に書かれている病名はいくつありますか。

病名の数 () 個

(6) あなた (患者さん) の後期高齢者診療計画書に書かれている主病はなんですか (○は1つ)。

ア. 糖尿病 イ. 脂質異常症
ウ. 高血圧性疾患 エ. 認知症
オ. その他

(7) 本アンケートの記入者 (○は1つ)

ア. 患者本人 イ. 家族

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、○月○日 (○) までに
指定の封筒に入れご返送ください。

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査(厚生労働省委託事業)
後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に関わる調査
調査票(案)



●特に指示がある場合を除いて、平成20年10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、該当する者が無い場合は「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20年()月()日
ご記入担当者
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 貴院の施設種別について該当するものをお選びください。(○は1つ)
なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、許可病床数を病床種別別に記入ください。
01 病院
02 有床診療所
03 無床診療所

問2 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、その他)
02 公的医療機関(都道府県、市町村、日赤、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、厚生年金事業協同連、全国医師会、結核病協議会、共済組合、国民健康保険協会)
04 医療法人
05 個人
06 その他(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人)

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施するうえで、困難と感じていることがありましたら具体的にご記入ください。

■ 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況についてお伺いします。

問10 終末期の診療方針等の話し合いの結果を文書等にとりまとめ、患者や家族に提供していますか。(○は1つ)
01 提供していない(⇒問11にご回答ください)
02 一部の話し合い結果について提供している(⇒問12へお進みください)
03 全ての話し合い結果について提供している(⇒問12へお進みください)

【問10で「01 提供していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問11 終末期の診療方針等に関する話し合いの結果を文書等の提供を行っていない理由として該当するものをお選びください。「04 その他」を選択した場合、具体的な内容を記入してください。(○はいくつでも)
01 これまで患者や家族から文書提供の要望が出されなかったから
02 文書化を怠ることによって、効果的な話し合いが行えなくなるから
03 話し合いでは、患者や家族の反応をみながら言葉を選び慎重に伝えるが、同じようなニュアンスを文書で伝えることは難しいから
04 その他(下記に具体的に記入してください)

⇒問20(最終頁)へお進みください

【問10で、「02 一部の話し合い結果について提供している」または「03 全ての話し合い結果について提供している」と回答された施設のみご記入ください。】

問12 終末期の診療方針等に関する話し合いに関する文書等提供を行う上で、困難と感じることがありましたら、具体的にご記入ください。

問3 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(○はいくつでも)
なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。
01 内科 10 アレルギー科 19 小児外科 28 性産科
02 呼吸器科 11 リウマチ科 20 産婦人科 29 小児科
03 消化器科(胃腸科) 12 外科 21 産科 30 小児科
04 循環器科 13 整形外科 22 婦人科 31 放射線科
05 小児科 14 形成外科 23 眼科 32 麻酔科
06 精神科 15 美容外科 24 耳鼻いんこう科 33 歯科
07 神経科 16 脳神経外科 25 気管食道科 34 矯正歯科
08 神経内科 17 呼吸器外科 26 皮膚科 35 小児歯科
09 心療内科 18 心臓血管外科 27 泌尿器科 36 歯科口腔外科

問4 貴院において施設基準の届出をしているものとして該当するものをお選びください。(○は1つ)
01 在宅療養支援診療所 02 在宅療養支援病院 03 01・02の届出無し

問5 貴院では終末期医療に関する職員研修を実施していますか。(○は1つ)
なお、「01 実施している」の場合は、研修の具体的内容をご記入ください。
01 実施している 02 実施していない
[研修の具体的内容]

■終末期の診療方針等の話し合いの実施状況についてお伺いします。

問6 貴院では、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を望むことが難しいと判断した患者やその家族との間で、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していますか。(○は1つ)
01 実施していない(⇒問7にご回答ください)
02 実施している(⇒問8にお進みください)

【問6で、話し合いを「01 実施していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問7 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していない理由をお選びください。(○はいくつでも)
01 対象患者がない 03 話し合いを行うことが適切とは考えていない
02 患者や家族の求めがない 04 その他(下記に具体的に記入してください)
[「04 その他」の具体的内容]

⇒問20(最終頁)へお進みください

【問6で、話し合いを「02 実施している」と回答された施設のみご記入ください。】

問8 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者数(実人数)を、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別に記入ください。
① 75歳未満 人 ② 75歳以上 人

問13 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施し、その結果をとりまとめた文書等を提供した患者数(実人数)を、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別に記入ください。
① 75歳未満 人 ② 75歳以上 人

問13②75歳以上で文書提供した患者が0人と回答された施設は問20(最終頁)へお進みください。

■ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等についてお伺いします。

【問13②で、文書提供を行った75歳以上の患者の数が1人以上と回答された施設のみご記入ください。】

問14 平成20年4月から9月までの間に、後期高齢者終末期相談支援料の算定を行いましたか。また、10月以降に算定の可能性はありますか。(○は1つ)
01 9月までに算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない(⇒問20へお進みください)
02 9月までに算定していないが、6月までに文書提供した患者について、10月以降算定する可能性がある(⇒問20へお進みください)
03 算定した(⇒問15～19をご回答ください)

【問14で、「03 算定した」と回答された施設のみご記入ください。】

問15 平成20年4月から6月までおよび7月から9月までの後期高齢者終末期相談支援料の算定患者数を、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点での区別(入院中の患者・入院中以外の患者)及び入院患者については算定時の区別(退院時・死亡時)ごとに記入ください。
(1) 入院中の患者 ① 退院時 ② 死亡時
(2) 入院中以外の患者(死亡時)

問16 後期高齢者終末期相談支援料を算定した患者のうち、終末期の診療方針等の話し合い時に、病状が急変した場合の診療方針や急変時の搬送の希望等が「不明」または「未定」であった者の人数をご記入ください。

問17 後期高齢者終末期相談支援料を退院時に算定した患者(問15(1)①で記入した患者)の退院先について、区別の実人数をご記入ください。
(1) 一般病床 (2) 療養病床(医療) [介護] (3) 老人保健施設 (4) 特別養護老人ホーム
(5) その他介護施設又はケア付住宅 (6) 自宅 (7) その他

問18 後期高齢者終末期相談支援料を死亡時に算定した患者について、終末期の診療方針等に関する話し合い(初回)を実施した時点から死亡した時点までの期間別の実人数をご記入ください。
① 1日未満 ② 1日以上3日未満 ③ 3日以上1週間未満 ④ 1週間以上1か月未満 ⑤ 1か月以上3か月未満 ⑥ 3か月以上

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）
終末期の診療方針等の話し合いに関する調査
事例調査票（案）

問19. 後期高齢者終末期相談支援料の算定患者について、終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を変更した回数別の実人数をご記入ください。

終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を変更した回数	①0回	人
	②1回	人
	③2回	人
	④3回以上	人

問20. 後期高齢者終末期相談支援料についてお伺いします。
【すべての施設でご回答ください。】

問20. 後期高齢者終末期相談支援料に関するお考えで、該当するものを全てお選びください。(〇はいくつでも)

01 診療報酬で評価することは妥当である	
02 終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない	
03 75歳以上に限定せず実施すべきである	
04 終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき	
05 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が高すぎる	
06 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が低すぎる	
07 診療報酬で評価するのは時期尚早である	
08 もともと診療報酬によって評価する性質のものではない	
09 後期高齢者終末期相談支援料を知らない	
10 その他	

具体的に

問21. 後期高齢者終末期相談支援料の算定の際、参考にするものとして「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年5月21日医政局発第0521011号）についてお伺いします。

01 内容を知っている	
02 存在は知っているが、内容は知らない	
03 存在を知らない	

問22. 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点がありましたら、具体的に記入ください。

記入漏れがないかをご確認の上、11月〇日（〇）までに同封の返信用封筒に入れてご返函ください。

説明は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

■平成20年4月1日～9月30日までに、貴院において、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者、1人につき1票ずつ、担当の看護師（担当医師が話し合いに同席していない場合は医師）の方がご記入ください。
■患者の年齢や、後期高齢者終末期相談支援料の算定の有無にかかわらず、調査対象期間に終末期の診療方針等に関する話し合いを行った患者全てが対象となります。
■本票は、患者や家族には、決して渡さないようお願いいたします。

(1) 貴院の施設コード ※施設別の表紙のコードを転記してください。	
(2) 本票の記入者	01 看護師 02 医師 03 その他

問1 当該患者の属性・状態等についてお伺いします。

(1) 患者の年齢と性別	()歳 男・女
(2) 話し合い時の療養状況	01 一般病棟 02 療養病棟 03 外来通院 04 訪問診療
(3) 主病種（番号） ※別紙の疾患コード表を参照してください。	
(4) 後期高齢者終末期相談支援料の算定	01 算定した 02 算定していない

問2 話し合いの状況についてお伺いします。診療記録等に基づいて記入してください。

(1) 話し合いの日付・時間 (すべての日付)	時間(約)分	時間(約)分	時間(約)分	時間(約)分
(2) 話し合いに参加したことがある職種 (すべてに〇)	01 患者本人 02 親族 03 自院の医師 04 他院の医師	05 自院の看護職員 06 他院の看護職員 07 訪問看護サービスの看護職員	08 薬剤師 09 社会福祉士 10 介護職員 11 事務職員	12 その他職員
(3) 話し合いの内容 ※(〇はいくつでも)	01 予測される病状の変化 02 病状の変化に対応した医療上の対処方法の説明 03 家族にかかる具体的な負担の説明 04 療養場所についての相談・希望 05 介護や生活支援についての相談・希望 06 延命に関する相談・希望 07 費用についての相談・希望 08 最期の時の迎え方の相談・希望 09 その他 具体的に			

(裏面へ続きます)

問3 話し合いの後の患者や家族の様子についてお伺いします。

(1) 話し合いについて、患者および家族は、それぞれどのように受け止めていたようでしたか。話し合い直後のことを思い出して回答してください。話し合いを何度か行った場合には、最後の話し合いの様子についてお答えください。話し合いを担当された方が院内にいないなどの理由で、話し合い直後の様子がわからない場合「わからない」を選んでください。(〇は一つ)

①患者本人の様子

01 話し合っよかったと感じているようだった
02 どちらかといえば、話し合っよかったと感じているようだった
03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
04 話し合わなければよかったと感じているようだった
05 わからない
06 本人は話し合いに同席しなかった

②家族の様子

01 話し合っよかったと感じているようだった
02 どちらかといえば、話し合っよかったと感じているようだった
03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
04 話し合わなければよかったと感じているようだった
05 わからない
06 家族は話し合いに同席しなかった

(2) 話し合いが、患者・家族へもたらした影響について、当てはまるものを全てお選びください。及ぼした影響が思い出されない場合は、「10. 特になし」を選択してください。

01 不安が軽減されたようだった
02 患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった
03 患者と家族の間で思いが共有されたようだった
04 医療提供者への信頼が深まったようだった
05 医療提供者への不信感をもったようだった
06 患者の元気がなくなったようだった
07 家族の悲しみが深まったようだった
08 迷いや混乱が生じたようだった
09 その他
具体的に
10 特になし

疾患コード表

主病種コード（001～120）		
I 感染症及び寄生虫症 001 細菌性感染症 002 結核 003 主として性的伝播様式をとる感染症 004 皮膚及び粘膜の潰瘍を伴うウイルス疾患 005 ウイルス肝炎 006 その他のウイルス疾患 007 真菌症 008 感染症及び寄生虫症の疑念・後遺症 009 その他の感染症及び寄生虫症	042 骨折及び関節の障害 043 その他の顔面及び付属器の疾患 044 外耳炎 045 その他の外耳疾患 046 中耳炎 047 その他の中耳及び内耳疾患 048 メニエール病 049 その他の内耳疾患 050 その他の耳鼻疾患	XIII 皮膚及び皮下組織の疾患 046 皮膚及び皮下組織の疾患 047 皮膚炎及び腫瘍 048 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 XIV 筋骨格系及び結合組織の疾患 049 炎症性多発性関節炎 050 関節症 051 骨質障害（骨密度を含む） 052 関節炎 053 関節炎 054 痛風 055 骨質障害 056 骨質障害 057 骨質障害（他） 058 その他の筋骨格系疾患 059 動脈硬化（他） 060 痛風 061 低血圧（他） 062 その他の循環器系の疾患
II 腫瘍及び悪性新生物 010 胃の悪性新生物 011 結腸の悪性新生物 012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 014 気管、気管支及び肺の悪性新生物 015 前立腺の悪性新生物 016 乳癌の悪性新生物 017 子宮の悪性新生物 018 悪性リンパ腫 019 白血病 020 その他の悪性新生物 021 悪性新生物及びその他の新生物	IX 循環器系の疾患 051 高血圧性疾患 052 虚血性心疾患 053 その他の心疾患 054 くも膜下出血 055 脳内出血 056 脳梗塞 057 脳動脈硬化（他） 058 その他の脳血管疾患 059 動脈硬化（他） 060 痛風 061 低血圧（他） 062 その他の循環器系の疾患	XV 泌尿器系の疾患 063 急性腎臓病 [ICD-9] <感覚> 064 慢性腎臓病及び急性慢性腎臓病 065 その他の急性慢性腎臓病 066 膀胱炎 067 急性腎臓病及び慢性腎臓病 068 アルブミン尿 069 慢性腎臓病 070 急性慢性腎臓病 071 慢性腎臓病 072 腎臓病 073 その他の腎臓病の疾患 XVI 消化器系の疾患 074 胃 腫瘍 075 胃内炎及び胃潰瘍 076 その他の胃及び腸の支持組織の疾患 077 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 078 胃炎及び十二指腸炎 079 アルコール性肝疾患 080 慢性肝炎（アルコール性のものを除く） 081 肝硬変（アルコール性のものを除く） 082 その他の肝疾患 083 胆石症及び胆道のうす 084 胆管炎 085 その他の消化器系の疾患
III 血液 022 貧血 023 その他の貧血及び造血器の疾患及び免疫学的障害	IV 内分泌、栄養及び代謝疾患 024 甲状腺障害 025 糖尿病 026 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	XVII 精神及び行動の障害 076 気分（感情）障害（うつ病を含む） 077 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体化障害 078 知的障害（精神遅滞） 079 その他の精神及び行動の障害
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患 024 甲状腺障害 025 糖尿病 026 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	V 神経及び行動の障害 027 気分（感情）障害の疑念 028 精神作用物の使用による精神及び行動の障害 029 統合失調症、統合失調症様態及び関連性障害 030 気分（感情）障害（うつ病を含む） 031 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体化障害 032 知的障害（精神遅滞） 033 その他の精神及び行動の障害	XVIII 眼耳鼻咽喉科の疾患 086 眼疾患 087 眼疾患 088 眼疾患 089 眼疾患 090 眼疾患 091 眼疾患 092 眼疾患 093 眼疾患 094 眼疾患 095 眼疾患 096 眼疾患 097 眼疾患 098 眼疾患 099 眼疾患 100 眼疾患 101 眼疾患 102 眼疾患 103 眼疾患 104 眼疾患 105 眼疾患 106 眼疾患 107 眼疾患 108 眼疾患 109 眼疾患 110 眼疾患 111 眼疾患 112 眼疾患 113 眼疾患 114 眼疾患 115 眼疾患 116 眼疾患 117 眼疾患 118 眼疾患 119 眼疾患 120 眼疾患

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）
**終末期の治療方針等についての話し合いや
 文書等の提供についての意識調査（案）**

問1 あなたは、ご自身が重い病気などで、治る見込みがない状況になったとき、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療関係職種と話し合いを行いたいですか。話し合い時点で、あなたの意識は、はっきりしていると想定してください。（〇は1つ）

- 01 話し合いを行いたい ⇒問2へ進んでください。
- 02 話し合いを行いたくない ⇒問6へ進んでください。
- 03 わからない ⇒問7へ進んでください。

問2 【問1で「01 話し合いを行いたい」と回答された方にお伺いします】医師や看護師、その他の医療関係職種との話し合いの内容として、具体的にどのようなことを希望しますか。（〇はいくつでも）

- 01 予測される病状の変化（病気の経過とともに起こりうる諸症状や身体機能の変化、日常生活への支障など）の説明
 - 02 病状の変化に対応した医療上の対処方法（症状の緩和、苦痛の除去などの医療的処置）の説明
 - 03 家族にかかる具体的な負担の説明
 - 04 療養場所についての相談・希望
 - 05 介護や生活支援についての相談・希望
 - 06 延命に関する相談・希望
 - 07 費用についての相談・希望
 - 08 最期の時の迎え方の相談・希望
 - 09 その他
- 具体的に

問3 あなたは、医師や看護師、その他の医療関係職種と話し合いを行った場合、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供を希望しますか。（〇は1つ）

- 01 文書等の提供を希望する ⇒問4へ進んでください。
- 02 文書等の提供を希望しない ⇒問5へ進んでください。
- 03 どちらともいえない ⇒問7へ進んでください。

問4 【問3で「01 文書等の提供を希望する」と回答された方にうかがいます】文書等の提供を希望する理由をお選びください。（〇はいくつでも）

- 01 説明を受けたことについて、後で確認したいから
 - 02 話し合った方針を、後で確認したいから
 - 03 参加できない家族も含め、家族で全員で、話し合いの内容を共有したいから
 - 04 医療側にも、合意した内容を共有してほしいから
 - 05 その他
- 具体的に

⇒問7へお進みください。

問5 【問3で「02 文書等の提供を希望しない」と回答された方にうかがいます】。文書等の提供を希望しない理由をお選びください。「06 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。（〇はいくつでも）

- 01 文書等の作成を前提とすると、十分な話し合いが行われなくなる恐れがあるから
 - 02 文書等に残すと、病状や今後のことなどが不安になりそうだから
 - 03 文書等の作成は、延命措置の中止などの意思決定を迫られるような気がするから
 - 04 文書等に残すと、気持ちや状況がかわった場合に、変更できないような気がするから
 - 05 文書等には、通り一遍のことが書かれるばかりではないかと考えるから
 - 06 医師、看護師、その他の医療関係職種との関係がギクシャクするかもしれないから
 - 07 その他
- 具体的に

⇒問7へお進みください。

問6 【問1で、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療関係職種と「02 話し合いを行いたくない」と回答された方にお伺いします】話し合いを行いたくない理由をお選びください。「07 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。（〇はいくつでも）

- 01 治療方針を相談できる人、相談したい人が他にいないから
 - 02 医師や看護師、その他の医療関係職種の説明を十分に理解できないと思うから
 - 03 自分の意見がうまく伝えられないと思うから
 - 04 意思や希望を聞かれても、自分では決められないと思うから
 - 05 話し合いの結果、自分が望まない方針に決まってしまうかもしれないから
 - 06 話し合う必要性を感じないから
 - 07 病状や今後のことを知るのがこわいから
 - 08 家族に心配をかけるから
 - 09 その他
- 具体的に

問7 【全ての方にお伺いします】医師や看護師、その他の関係職種が、重い病気などで治る見込みのない患者との間で終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることを、あなたは、どのようにお考えですか。話し合い後に文書等の提供を受けた患者は、相談料として診療費の一部負担を支払うこととなります。（〇は1つ）

- 01 診療費が支払われることは好ましい ⇒問8へお進みください。
- 02 診療費が支払われることは好ましくない ⇒問10へお進みください。
- 03 どちらともいえない ⇒問11へお進みください。

問8 【問7で診療費が支払われることは「01 診療費が支払われることは好ましい」と回答された方にお伺いします】なぜそのようにお考えですか。理由をご記入ください。

問9 平成20年4月に、後期高齢者終末期相談支援料[※]が導入されました。これは、重い病気などで、治る見込みがない患者に対して、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療関係職種が患者及びその家族とともに患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に支払われる相談料で、75歳以上の方を対象とするものです。相談料の設定を、75歳以上という年齢に限定することについて、あなたはどのようにお考えになりますか。（〇は1つ）

※後期高齢者終末期相談支援料についての詳しい説明は、最終ページをご参照ください。

- 01 75歳以上という年齢区分が妥当だと思う
- 02 年齢区分は必要であるが、別の年齢区分を設けるべき ⇒具体的に（ ）
- 03 年齢区分は必要ないと思う（年齢により対象者を決めるべきでない）
- 04 わからない

⇒問11へお進みください。

問10 【問7で「03 診療費が支払われることは好ましくない」と回答された方に伺います】なぜそのようにお考えですか。理由をご記入ください。

問11 【すべての方に伺います。】平成20年4月に、後期高齢者終末期相談支援料[※]が導入されました。これは、重い病気などで、治る見込みがない状況となった患者に対して、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療関係職種が患者及びその家族とともに患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に支払われる相談料で、75歳以上の方を対象とするものです。あなたは後期高齢者終末期相談支援料について、どのようにお考えですか。ご意見を自由にお書きください。

※後期高齢者終末期相談支援料についての詳しい説明は、最終ページをご参照ください。

■あなたご自身のことについてお伺いします。

問12 あなたの性別はどちらですか。

- 01 男性
- 02 女性

問13 あなたの年齢をご記入ください。

満 歳（平成20年10月1日現在）

問14 あなたは、医療・介護関係で、患者さんやそのご家族と直接対応する仕事に就いたことがありますか。現在、過去含めてお答えください。

①医療関係の仕事（○は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

②介護関係の仕事（○は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

問15 あなたやご家族の方で、過去5年くらいの間に、病気やけがで入院したことがある方はいらっしゃいますか。（○は1つ）

01 自分が入院した	04 その他（ ）
02 家族が入院した	05 わからない
03 自分、家族とも入院した	06 入院したものはいない

問16 あなたは、過去5年くらいの間に、身近で、大切な方を亡くした経験がありますか。（○はいくつでも）

01 家族を亡くした	03 友人を亡くした
02 親戚を亡くした	04 経験をしていない

問17 問16で「01 家族を亡くした」～「03 友人を亡くした」と回答された方に伺います。そのとき、終末期の話し合いに参加されましたか

01 参加した	02 参加しなかった
---------	------------

「後期高齢者終末期相談支援料について」（参考）

- 平成20年度診療報酬改定において、75歳以上の後期高齢者に係る診療報酬として、安心できる終末期医療の実現を目指す、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明に対する評価として「後期高齢者終末期相談支援料」（200点）が新設されました。
- これは、一般的に認められている医学的知見に基づいて終末期であると医師が判断した患者について、医師や看護師、その他の医療従事者が共同し、患者とその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定するものです。
- なお、算定するのは1回のみですが、話し合いは何度行ってもよく、話し合いの内容をとりまとめた文書等についても何度でも変更することができます。
- 話し合いの内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の治療等の希望、そして急変時の搬送の希望などです。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であっても、医師は患者に意思の決定を迫ってはならないとされています。
- なお、この後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より凍結補償が講じられています。

ご協力ありがとうございました。