

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度調査）の
調査票案について

- 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響及び医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の実施状況調査 (右下頁)
 - ・ 調査概要 3頁
 - ・ 施設票 5頁
 - ・ 医師票 17頁
 - ・ 看護師長票 22頁
 - ・ 薬剤部責任者票 30頁
 - ・ 病棟薬剤師票 34頁
 - ・ 依頼状 38頁

- かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査
 - ・ 調査概要 39頁
 - ・ かかりつけ医票 41頁
 - ・ 小児科票 50頁
 - ・ 大病院票 55頁
 - ・ 選定療養票 61頁
 - ・ かかりつけ歯科医機能票 67頁
 - ・ 歯科患者票 77頁
 - ・ 依頼状 80頁

- 重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査
 - ・ 調査概要 81頁
 - ・ 在宅医療票 83頁
 - ・ 訪問看護票 92頁
 - ・ 在宅歯科医療票 100頁
 - ・ 依頼状 111頁

- 精神疾患患者の地域移行・地域生活支援の推進や適切な向精神薬の使用の推進等を含む精神医療の実施状況調査
 - ・ 調査概要 112頁
 - ・ 病院票 114頁
 - ・ 診療所票 126頁
 - ・ 患者票 132頁
 - ・ 依頼状 138頁

○ <u>後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査</u>	(右下頁)
・ 調査概要	139頁
・ 保険薬局票	141頁
・ 診療所票	151頁
・ 病院票	159頁
・ 医師票	165頁
・ 患者票	170頁
・ 依頼状	176頁

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響及び医療従事者の
負担軽減にも資するチーム医療の実施状況調査」
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 28 年度診療報酬改定では、医療従事者の負担を軽減する観点から、医師事務作業補助者や看護補助者の配置に係る評価、特定集中治療室等における薬剤業務に対する評価、栄養サポートチームにおける歯科医師との連携に係る評価等について見直しが行われた。また、看護職員の月平均夜勤時間に係る要件等の見直しや夜間の看護体制の評価等が行われた。

本調査では、このような診療報酬改定の内容を踏まえ、その影響を検証するために、関連した加算等を算定している保険医療機関における診療体制やチーム医療の実施状況等について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 医療従事者の勤務状況（医師、薬剤師、看護職員、看護補助者）の把握
- ・ 医療従事者の負担軽減のための施設としての取組内容やその効果の把握
- ・ 看護職員の夜間の勤務状況（夜勤回数、夜勤時間等）の把握
- ・ 夜間の看護職員の勤務負担軽減の取り組み状況やその効果の把握
- ・ チーム医療の実施状況と効果の把握 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

①施設調査

- ・ 1) 全国の病院の中から無作為抽出した 750 施設。2) 病院勤務医・看護職員の負担の軽減を要件とする診療報酬項目並びにチーム医療の推進に関する項目を届け出ている病院の中から無作為抽出した 500 施設程度。1) 2) 合わせて 1,250 施設程度。

②医師調査

- ・ 上記①の施設調査の対象施設に 3 年以上勤務する医師。1 施設当たり 4 名程度を調査対象とする。

③看護師長調査

- ・ 上記①の施設調査の対象施設の病棟看護師長。1 施設当たり 5 名程度を調査対象とする。
- ・ 内訳は特定入院料から 1 病棟、一般病棟から 2 病棟、療養病棟が 1 病棟、精神病棟が 1 病棟とするが、該当病棟がない場合は一般病棟の抽出数を増やすこととする。

④薬剤師調査

＜薬剤部責任者票＞

- ・上記①の施設調査の対象施設における薬剤部責任者1名を対象とする。

＜病棟薬剤師票＞

- ・上記①の施設調査の対象施設において、病棟薬剤師が配置されている病棟のうち、無作為に抽出した4病棟を対象とする。
- ・ICU等の集中治療室等の病棟の中から1病棟、一般病棟の中から1病棟、療養または精神病棟の中から1病棟、集中治療室以外の特定入院料の病棟の中から1病棟とするが、該当病棟がない場合は一般病棟の抽出数を増やすこととする。

○調査方法（案）

- ・施設調査については、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・医師調査、看護師長調査、薬剤師調査については、施設調査の対象施設を通じて調査票を配布し、施設票と合わせて施設でとりまとめの上、調査事務局宛の専用返信封筒により郵送で回収する。

■ 調査項目

※調査票（案） 参照

■ 調査スケジュール（案）

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査票案の作成	→							
調査客体の抽出・名簿作成		→						
調査票印刷・封入・発送			→					
調査期間				→				
督促状印刷・発送				→				
調査票回収・検票				→				
データ入力 データクリーニング					→			
集計・分析						→		
報告(案)の作成						→		
追加分析								→
報告書のとりまとめ							→	
調査検討委員会の開催		★					★	

ID	
----	--

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響及び医療従事者の
 負担軽減にも資するチーム医療の実施状況調査 施設票（案）

- ※ この施設票は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設におけるチーム医療の実施状況や、医療従事者の負担軽減に関する取組やその効果、今後の課題等についてお伺いするものです。
- ※ 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。
- ※ 特に断りのない質問については、平成 28 年 10 月 31 日時点の状況についてご記入ください。
- ※ 「平成 27 年 10 月」と記載の質問については平成 27 年 10 月 31 日時点または平成 27 年 10 月 1 か月間の状況を、「平成 28 年 10 月」と記載の質問については平成 28 年 10 月 31 日時点または平成 28 年 10 月 1 か月間の状況をご記入ください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	01. 国 02. 公立 03. 公的 04. 社会保険関係団体 05. 医療法人 06. 個人 07. その他の法人
②承認等の状況 ※あてはまる番号すべてに○	01. 高度救命救急センター 02. 救命救急センター 03. 災害拠点病院 04. へき地医療拠点病院 05. 総合周産期母子医療センター 06. 地域周産期母子医療センター 07. 小児救急医療拠点病院 08. 特定機能病院 09. 地域医療支援病院 10. 二次救急医療機関 11. 専門病院（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厚生（支）局長に届け出たもの） 12. 上記のいずれも該当しない
③標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	01. 内科 02. 皮膚科 03. 小児科 04. 精神科 05. 外科 06. 泌尿器科 07. 脳神経外科 08. 整形外科 09. 眼科 10. 産婦人科・産科 11. リハビリテーション科 12. 放射線科 13. 麻酔科 14. 救急科 15. 歯科（歯科口腔外科等含む）
④DPC 対応状況 ※○は1つだけ	01. DPC 対象病院・準備病院である 02. DPC 対象病院・準備病院ではない
⑤貴施設における、平成 27 年 10 月及び平成 28 年 10 月の紹介率、逆紹介率をご記入ください。	
	平成 27 年 10 月 平成 28 年 10 月
1) 紹介率 ^{注1}	% %
2) 逆紹介率 ^{注1}	% %

注1. 紹介率：（紹介患者数＋救急患者数）÷ 初診の患者数×100

逆紹介率：逆紹介患者数÷初診の患者数×100

※初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については初診料及び外来診療料に係る診療報酬上の定義に従ってください。一般病床が 200 床未満の病院の場合も地域医療支援病院で用いられる定義に従ってください。

⑥貴施設において届出を行っている入院基本料は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

<入院基本料>

01. 一般病棟入院基本料→ (01. 7対1 02. 10対1 03. 13対1 04. 15対1)
02. 療養病棟入院基本料→ (01. 20対1 02. 25対1)
03. 結核病棟入院基本料→ { 01. 7対1 02. 10対1 03. 13対1 04. 15対1
05. 18対1 06. 20対1
04. 精神病棟入院基本料→ { 01. 10対1 02. 13対1 03. 15対1 04. 18対1
05. 20対1
05. その他の入院基本料→ (01. 7対1 02. 10対1 03. それ以外)

⑦貴施設において届出を行っている特定入院料等として該当するものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

01. 救命救急入院料 02. 特定集中治療室管理料 03. ハイケアユニット入院医療管理料
04. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 05. 小児特定集中治療室管理料 06. 新生児特定集中治療室管理料
07. 総合周産期特定集中治療室管理料 08. 新生児治療回復室入院医療管理料
09. 小児入院医療管理料 10. 回復期リハビリテーション病棟入院料 11. 地域包括ケア病棟入院料
12. 地域包括ケア入院医療管理料 13. 特殊疾患病棟入院料 14. 緩和ケア病棟入院料
15. 精神科救急入院料 16. 精神科急性期治療病棟入院料 17. 精神科救急・合併症入院料
18. 児童・思春期精神科入院医療管理料 19. 精神療養病棟入院料
20. 認知症治療病棟入院料 21. 地域移行機能強化病棟入院料 22. 短期滞在手術等基本料

⑧貴施設における、平成27年10月及び平成28年10月の許可病床数、稼働病床数、病床利用率、平均在院日数をご記入ください。「療養病床」には介護療養病床も含めてください。

	平成27年10月				平成28年10月			
	許可 病床数	稼働 病床数	病床 利用率 ^{注2} (小数点第1位まで)	平均在院 日数 ^{注3} (小数点第1位まで)	許可 病床数	稼働 病床数	病床 利用率 ^{注2} (小数点第1位まで)	平均在院 日数 ^{注3} (小数点第1位まで)
1) 一般病床	床	床	%	日	床	床	%	日
2) 療養病床	床	床	/	/	床	床	/	/
3) 精神病床	床	床	/	/	床	床	/	/
4) 結核病床	床	床	/	/	床	床	/	/
5) 感染症病床	床	床	/	/	床	床	/	/
6) 病院全体	床	床	%	日	床	床	%	日

注2. 病床利用率：以下の式により算出し、小数点以下第1位まで（小数点以下第2位を切り捨て）ご記入ください。

$$\text{病床利用率} = \frac{\text{8月～10月の在院患者延べ数}}{(\text{月間日数} \times \text{月末許可病床数}) \text{の8月～10月の合計}} \times 100$$

注3. 平均在院日数：以下の式により算出し、小数点以下第1位まで（小数点以下第2位を切り捨て）ご記入ください。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{8月～10月の在院患者延べ日数}}{(\text{8月～10月の新入院患者数} + \text{8月～10月の新退院患者数}) \times 0.5} \times 100$$

⑨平成 27 年 10 月及び平成 28 年 10 月に、貴施設で従事している医療従事者等の常勤・非常勤（常勤換算）別の職員数をご記入ください。

	平成 27 年 10 月		平成 28 年 10 月	
	常勤	非常勤 (常勤換算) 注4	常勤	非常勤 (常勤換算) 注4
1) 医師	人	人	人	人
(うち) 外来業務のみを担当する医師			人	人
2) 歯科医師	人	人	人	人
3) 保健師・助産師・看護師	人	人	人	人
(うち) 一般病棟勤務の看護師	人	人	人	人
4) 准看護師	人	人	人	人
(うち) 一般病棟勤務の准看護師	人	人	人	人
【再掲】看護職員(看護師・准看護師)のうち、 短時間正職員制度利用者数	人	人	人	人
(うち)週 30 時間以上の者	人	人	人	人
【再掲】看護職員(看護師・准看護師)のうち、 夜勤専従者数	人	人	人	人
5) 看護補助者	人	人	人	人
6) 歯科衛生士	人	人	人	人
7) 薬剤師	人	人	人	人
【再掲】病棟専任(または担当)薬剤師注5	人	人	人	人
8) 臨床検査技師	人	人	人	人
9) 管理栄養士	人	人	人	人
10) 理学療法士	人	人	人	人
11) 作業療法士	人	人	人	人
12) 言語聴覚士	人	人	人	人
13) 医師事務作業補助者	人	人	人	人
14) MSW(社会福祉士等)	人	人	人	人
15) その他	人	人	人	人
16) 合計	人	人	人	人

【再掲】⑨-1 非常勤の薬剤師の実人数(在籍者数) () 人 ※平成 28 年 10 月 31 日

注 4. 非常勤職員の常勤換算の計算方法：貴施設の 1 週間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 1 位まででご記入ください。

例：1 週間の所定勤務時間が 40 時間の病院で、週 4 日(各日 5 時間)勤務の非常勤職員が 1 人いる場合

非常勤職員数(常勤換算) = (5 時間×4 日×1 人) ÷ 40 時間(週所定労働時間) = 0.5 人

注 5. 診療報酬上の施設基準の届出の有無に関わらず、実態として病棟業務専任(または担当)の薬剤師数をご記入ください。

⑩平成 27 年 10 月、平成 28 年 10 月の各 1 か月間における貴施設の入院延べ患者数、外来延べ患者数、分娩件数、全身麻酔による手術件数について、それぞれ該当する人数または件数をご記入ください。

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 10 月
(1) 入院延べ患者数注6	人	人
1) 一般病棟(特定入院料を除く)における入院延べ患者数	人	人
2) 時間外・休日・深夜に入院した延べ患者数	人	人
3) 救急搬送により緊急入院した延べ患者数	人	人
4) 新入院患者数	人	人
5) 退院患者数	人	人
(2) 外来延べ患者数	人	人
1) 初診の外来患者数	人	人
2) 再診の外来延べ患者数	人	人
3) 緊急自動車等により搬送された延べ患者数	人	人
4) 時間外・休日・深夜加算の算定件数	件	件
5) 時間外選定療養費の徴収件数	件	件

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 10 月
(3) 分娩件数	件	件
(4) 全身麻酔による手術件数	件	件

注 6. 入院延べ患者数：毎日 24 時現在の在院患者数（即日退院患者数を含む）を 31 日分合計した患者数。

2. 各診療報酬項目の施設基準の届出状況及び算定件数等についてお伺いします。

①次の施設基準等について「届出があるもの」（平成 28 年 10 月末時点）の該当数字を○で囲んでください。また、届出がある場合、「届出時期」（該当する方に○）、平成 27 年 10 月及び平成 28 年 10 月の各 1 か月間の算定件数をお答えください。

施設基準等	届出があるもの	届出時期		算定件数	
		平成 28 年 3 月以前	平成 28 年 4 月以降	平成 27 年 10 月	平成 28 年 10 月
1) 総合入院体制加算 1	1	1	2		
2) 総合入院体制加算 2	2	1	2		
3) 総合入院体制加算 3	3	1	2		
4) 25 対 1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者 5 割以上)	4	1	2		
5) 25 対 1 急性期看護補助体制加算 (看護補助者 5 割未満)	5	1	2		
6) 50 対 1 急性期看護補助体制加算	6	1	2		
7) 75 対 1 急性期看護補助体制加算	7	1	2		
8) 夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算	8	1	2		
9) 夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算	9	1	2		
10) 夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算	10	1	2		
11) 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）	11	1	2		
12) 夜間看護体制加算（看護補助加算）	12	1	2		
13) 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1	13	1	2		
14) 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2	14	1	2		
15) 看護職員夜間 16 対 1 配置加算	15	1	2		
16) 看護補助加算 1	16	1	2		
17) 看護補助加算 2	17	1	2		
18) 看護補助加算 3	18	1	2		
19) 夜間 75 対 1 看護補助加算	19	1	2		
20) 看護職員配置加算	20	1	2		
21) 看護補助者配置加算	21	1	2		
22) 感染防止対策加算 1・2	22	1	2	件	件
23) 精神科リエゾンチーム加算	23	1	2	件	件
24) 栄養サポートチーム加算	24	1	2	件	件
25) 栄養サポートチーム加算 歯科医師連携加算					件
26) ハイリスク分娩管理加算	26	1	2	件	件
27) 呼吸ケアチーム加算	27	1	2	件	件
28) 病棟薬剤業務実施加算 1	28	1	2	件	件
29) 病棟薬剤業務実施加算 2	29				件
30) 救命救急入院料 注 3 加算	30	1	2	件	件
31) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	31	1	2	件	件
32) 小児特定集中治療室管理料	32	1	2	件	件
33) 総合周産期特定集中治療室管理料	33	1	2	件	件
34) 小児入院医療管理料 1	34	1	2	件	件
35) 小児入院医療管理料 2	35	1	2	件	件

施設基準等	届出があるもの	届出時期		算定件数	
		平成 28 年 3 月以前	平成 28 年 4 月以降	平成 27 年 10 月	平成 28 年 10 月
36) 移植後患者指導管理料	36	1	2	件	件
37) 糖尿病透析予防指導管理料	37	1	2	件	件
38) 院内トリアージ実施料	38	1	2	件	件
39) がん患者指導管理料 1	39	1	2	件	件
40) がん患者指導管理料 2	40	1	2	件	件
41) がん患者指導管理料 3	41	1	2	件	件
42) 画像診断管理加算 1	42	1	2	件	件
43) 画像診断管理加算 2	43	1	2	件	件
44) 手術における休日加算 1	44	1	2	件	件
45) 手術における時間外加算 1	45	1	2	件	件
46) 手術における深夜加算 1	46	1	2	件	件
47) 処置における休日加算 1	47	1	2	件	件
48) 処置における時間外加算 1	48	1	2	件	件
49) 処置における深夜加算 1	49	1	2	件	件
50) 認知症ケア加算 1	50				件
51) 薬剤管理指導料	51	1	2	件	件
52) 薬剤総合評価調整加算					件
53) 特定薬剤治療管理料				件	件
54) 歯科医療機関連携加算 (診療情報提供料 I の加算)				件	件
55) 周術期口腔機能管理料 ※歯科診療報酬の算定件数を記入してください。				件	件
56) 周術期口腔機能管理後手術加算				件	件
57) 在宅患者訪問看護・指導料 3				件	件
58) 在宅患者訪問薬剤管理指導料				件	件
59) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	59	1	2	件	件

②平成 27 年 10 月、平成 28 年 10 月末時点における、**医師事務作業補助体制加算**の届出状況としてあてはまるものに○をつけてください。※○はそれぞれ1つずつ

1) 平成 27 年 10 月	00. 届出をしていない 01. 医師事務作業補助体制加算 1 02. 医師事務作業補助体制加算 2 →届出している場合の内訳 01. 100対1 02. 75対1 03. 50対1 04. 40対1 05. 30対1 06. 25対1 07. 20対1 08. 15対1
2) 平成 28 年 10 月	00. 届出をしていない→6ページの質問③へ 01. 医師事務作業補助体制加算 1 02. 医師事務作業補助体制加算 2 →届出している場合の内訳 01. 100対1 02. 75対1 03. 50対1 04. 40対1 05. 30対1 06. 25対1 07. 20対1 08. 15対1

▶【届出をしている施設の方】	平成 () 年 () 月	
②-1 現在の体制の届出時期はいつですか。		
【届出をしている施設の方】	1) 外来	人
②-2 医師事務作業補助者の配置人数 (常勤換算) を配置場所別にご記入ください。	2) 病棟	人
※平成 28 年 10 月 31 日	3) 医局・事務室等	人
※複数か所勤務している場合、勤務時間で人数を按分してそれぞれに記入してください。	4) 合計	人

【届出をしている施設の方】				
②-3 平成27年10月末時点及び平成28年10月末時点の、療養病棟、精神病棟に配置されている医師事務作業補助者の常勤・非常勤（常勤換算）別の職員数をご記入ください。				
	平成27年10月		平成28年10月	
	常勤	非常勤（常勤換算）	常勤	非常勤（常勤換算）
1) 療養病棟	人	人	人	人
2) 精神病棟	人	人	人	人

【すべての施設の方】

③平成28年10月末時点において、**感染防止対策加算**の施設基準の届出をしていますか。 ※○は1つだけ

01. 感染防止対策加算1の届出をしている	02. 感染防止対策加算2の届出をしている
03. 届出をしていない→7ページの質問③-4へ	

【上記③で01. または02.（届出をしている）と回答した施設の方】

③-1 感染防止対策部門に配置されている職員数（実人数）をお答えください。 ※平成28年10月31日

	専従	専任
1) 医師	人	人
2) 看護師	人	人
3) 薬剤師	人	人
4) 臨床検査技師	人	人
5) その他（ ）	人	人
6) 合計	人	人

【上記③で01. または02.（届出をしている）と回答した施設の方】

③-2 特定抗菌薬についての体制をお答えください。 ※○は1つだけ

01. 届出制で行っている	02. 許可制で行っている
---------------	---------------

(→感染防止対策加算2の届出施設の方は、この後、7ページの質問④へお進みください。)

【上記③で01.（感染防止対策加算1の届出をしている）と回答した施設の方】

③-3 平成28年10月末時点において、**感染防止対策地域連携加算**の届出をしていますか。 ※○は1つだけ

01. 届出をしている	02. 届出をしていない→7ページの質問④へ
-------------	------------------------

【上記③-3で01.（感染防止対策地域連携加算の届出をしている）と回答した施設の方】

③-3-1 感染防止対策地域連携加算の算定に当たり、具体的にどのような取組・効果がありましたか。 具体的にお書きください。

--

(→この後、7ページの質問④へお進みください。)

【上記③で03.（感染防止対策加算の届出をしていない）と回答した施設の方】

③-4 **感染防止対策加算**の届出をしていない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 専門的な経験を有する人員の確保が難しいから
02. 1週間に1回程度の定期的な巡回・指導を行うのに十分な人員の確保が難しいから
03. 感染防止対策加算の効果不明であるから
04. 標準的な院内感染防止対策で十分であるから
05. その他（具体的に)

3. 医師の勤務状況等についてお伺いします。

①貴施設の医師の勤務形態として該当するものをお選びください。※あてはまる番号すべてに○								
01. 主治医制 ^{注7}	02. 交代勤務制 ^{注8}	03. その他（具体的に)						
注7. 主治医制：勤務が交代しても主治医が替わらない制度。 注8. 交代勤務制：勤務の交代に伴い担当医が替わる制度。複数主治医制・チーム制（数名のチームにつき、1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化しており、緊急呼び出し当番の翌日は休日としている）の場合も含む。								
②平成28年3月31日以前と平成28年4月以降それぞれについて、貴施設で支給されている診療実績にかかる手当（※診療実績に応じて支払われる手当のみ）は何ですか。※あてはまる番号すべてに○								
*03. 時間外手当、04. 休日手当、05. 深夜手当については、手術・処置・内視鏡検査の実施件数に応じたものとする								
1) 平成28年3月31日以前	00. ない 01. 当直手当 02. オンコール手当 03. 時間外手当* 04. 休日手当* 05. 深夜手当* 06. 上記03.～05.以外の時間外手当・休日手当・深夜手当 07. その他（具体的に)							
2) 平成28年4月以降	00. ない 01. 当直手当 02. オンコール手当 03. 時間外手当* 04. 休日手当* 05. 深夜手当* 06. 上記03.～05.以外の時間外手当・休日手当・深夜手当 07. その他（具体的に)							
③平成28年4月以降に、貴施設で増額した診療実績にかかる手当はありますか。※あてはまる番号すべてに○								
*03. 時間外手当、04. 休日手当、05. 深夜手当については、手術・処置・内視鏡検査の実施件数に応じたものとする								
01. ある→増額したもの <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: none;">{</td> <td style="border: none;">11. 当直手当 12. オンコール手当 13. 時間外手当* 14. 休日手当* 15. 深夜手当*</td> <td style="border: none;">}</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">{</td> <td style="border: none;">16. 上記13.～15.以外の時間外手当・休日手当・深夜手当 17. その他</td> <td style="border: none;">}</td> </tr> </table>			{	11. 当直手当 12. オンコール手当 13. 時間外手当* 14. 休日手当* 15. 深夜手当*	}	{	16. 上記13.～15.以外の時間外手当・休日手当・深夜手当 17. その他	}
{	11. 当直手当 12. オンコール手当 13. 時間外手当* 14. 休日手当* 15. 深夜手当*	}						
{	16. 上記13.～15.以外の時間外手当・休日手当・深夜手当 17. その他	}						
02. ない								
④貴施設における平成27年10月、平成28年10月の医師1人あたりの平均勤務時間（1か月間）、1人あたりの平均当直回数（1か月間）、連続当直を行った医師数をご記入ください。※小数点以下第2位を切り捨てし、小数点以下第1位まで								
常勤の医師	平成27年10月	平成28年10月						
1) (実績) 1人あたり平均勤務時間 ^{注9} /月	. 時間	. 時間						
2) (実績) 1人あたりの平均当直回数/月	. 回	. 回						
3) (実績) 連続当直を行った医師数/月	人	人						
非常勤の医師	平成27年10月	平成28年10月						
4) (実績) 1人あたり平均勤務時間 ^{注9} /月	. 時間	. 時間						
5) (実績) 1人あたりの平均当直回数/月	. 回	. 回						
6) (実績) 連続当直を行った医師数/月	人	人						

注9. 勤務時間：所定労働時間の他、残業時間も含まれます。

4. 看護職員の勤務状況や看護補助者の配置等についてお伺いします。

①貴施設の病棟看護職員 ^{注10} の勤務形態として主たる勤務形態（最も多くの看護職員に適用されている勤務形態）をお選びください。※○は1つだけ			
01. 2交代制 ^{注11}	02. 変則2交代制 ^{注12}	03. 3交代制 ^{注13}	04. 変則3交代制 ^{注14}
05. 上記01～04の混合	06. 日勤のみ	07. 夜勤のみ	
08. その他（具体的に)			

注10. 看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

注11. 2交代制：日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。

注12. 変則2交代制：日勤8時間、夜勤16時間等といった日勤・夜勤の各勤務帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

注13. 3交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

注14. 変則3交代制：日勤9時間、準夜勤7時間、深夜勤が8時間等といった日勤・準夜勤・深夜勤の各勤務帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

②病棟勤務の看護職員^{注10}について、平成27年10月、平成28年10月1か月間の夜勤時間数別の人数をご記入ください。
※夜勤専従者は含めないでください。

	1) 一般病棟、療養病棟（入院基本料1を除く）、結核病棟又は精神病棟の勤務者		2) 左記1)のうち、7対1及び10対1病棟の勤務者		3) 左記1)のうち、7対1・10対1病棟以外の病棟勤務者	
	平成27年10月	平成28年10月	平成27年10月	平成28年10月	平成27年10月	平成28年10月
～ 8時間未満	人	人	人	人	人	人
8時間以上～ 16時間未満	人	人	人	人	人	人
16時間以上～ 24時間未満	人	人	人	人	人	人
24時間以上～ 32時間未満	人	人	人	人	人	人
32時間以上～ 40時間未満	人	人	人	人	人	人
40時間以上～ 48時間未満	人	人	人	人	人	人
48時間以上～ 56時間未満	人	人	人	人	人	人
56時間以上～ 64時間未満	人	人	人	人	人	人
64時間以上～ 72時間未満	人	人	人	人	人	人
72時間以上～ 80時間未満	人	人	人	人	人	人
80時間以上～ 88時間未満	人	人	人	人	人	人
88時間以上～ 96時間未満	人	人	人	人	人	人
96時間以上～112時間未満	人	人	人	人	人	人
112時間以上～120時間未満	人	人	人	人	人	人
120時間以上～128時間未満	人	人	人	人	人	人
128時間以上～136時間未満	人	人	人	人	人	人
136時間以上～144時間未満	人	人	人	人	人	人
144時間以上～	人	人	人	人	人	人
合計人数	人	人	人	人	人	人

③貴施設では、平成28年4月～10月までの間に、月平均夜勤時間72時間要件を満たせないため、「月平均夜勤時間超過減算」を算定している、あるいは算定していた病棟がありますか。該当する病棟がある場合は、「月平均夜勤時間超過減算」の算定期間をご記入ください。 ※あてはまる番号すべてに○

01. ない→10ページの質問④へ

02. 一般病棟入院基本料→算定期間：平成28年（ ）月～（ ）月

03. 療養病棟入院基本料2.5対1→算定期間：平成28年（ ）月～（ ）月

04. 結核病棟入院基本料→算定期間：平成28年（ ）月～（ ）月

05. 精神病棟入院基本料→算定期間：平成28年（ ）月～（ ）月

06. 障害者施設等入院基本料→算定期間：平成28年（ ）月～（ ）月

【平成28年4月～10月までの間に月平均夜勤時間超過減算の算定病棟がある・あった施設の方】

③-1 貴施設で、月平均夜勤時間72時間要件を満たせない、あるいは満たせなかった理由について該当するものをお選びください。※あてはまる番号すべてに○

01. 患者の重症度が高く、夜間の看護体制を充実する必要があるため

02. 看護職員の突然の退職・休職のため

03. 当該病棟配置の看護職員数がもともと少ないため

→ (01. 病床規模が小さいため

02. 看護配置基準が低いため)

04. その他 (具体的に)

④貴施設では、平成 28 年 4 月以降、**夜勤時間特別入院基本料**を算定したことがありますか。 ※○は1つだけ

01. ある→
- a) 算定期間：() か月
 - b) 医療勤務環境改善支援センターへの相談状況：
 - (01. 既に相談した 02. 今後相談する予定 03. 相談していない (相談予定なし))
02. ない

⑤貴施設では、看護補助者の配置はどのような状況でしょうか。 ※○は1つだけ

01. 十分配置できている→質問 5. ①へ
02. 看護補助者の必要量を満たすだけ配置できていない

【上記⑤で「02. 看護補助者の必要量を満たすだけ配置できていない」と回答した施設の方】

⑤-1 看護補助者の必要量を満たすだけ看護補助者を配置できていないのはなぜですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 募集をしても集まらないため
02. 人件費がないため
03. その他 (具体的に)

5. 医師の負担軽減策に関する取組状況等についてお伺いします。

①貴施設における医師の負担軽減策についてお伺いします。

(1) 貴施設で医師の負担軽減策として実施されている取組に○をつけてください。 ※あてはまる番号すべてに○

(2) 上記(1)で○をつけた取組について、実施した時期としてあてはまる番号に○をつけてください。

(3) 上記(1)で○をつけた取組について、医師の負担軽減策の効果としてあてはまる番号に○をつけてください。

※(1)は1列の中であてはまる番号すべてに○、(2)と(3)は1行につきそれぞれ○は1つずつ

	(1)		(2) 実施した時期			(3) 負担軽減効果				
	取組に○	実施されている	平成 28 年 3 月 31 日以前	平成 28 年 4 月 ~10 月 30 日	平成 28 年 10 月 31 日時点	効果がある	どちらかといえ ば効果がある	ない どちらともいえ	どちらかといえ ば効果がない	効果がない
(記入例) 4) 医師事務作業補助者の病棟への配置	④	→	1	②	3	1	②	3	4	5
1) 医師業務の看護師・助産師との分担	1	→	1	2	3	1	2	3	4	5
2) 医師業務の薬剤師との分担	2	→	1	2	3	1	2	3	4	5
3) 医師業務のその他コメディカルとの分担	3	→	1	2	3	1	2	3	4	5
4) 医師事務作業補助者の病棟への配置	4	→	1	2	3	1	2	3	4	5
5) 医師事務作業補助者の外来への配置	5	→	1	2	3	1	2	3	4	5
6) 常勤医師の増員	6	→	1	2	3	1	2	3	4	5
7) 非常勤医師の増員	7	→	1	2	3	1	2	3	4	5
8) 短時間正規雇用の医師の活用	8	→	1	2	3	1	2	3	4	5
9) 外来診療時間の短縮	9	→	1	2	3	1	2	3	4	5
10) 初診時選定療養費の導入	10	→	1	2	3	1	2	3	4	5
11) 地域の他の医療機関との連携体制の構築・強化	11	→	1	2	3	1	2	3	4	5
12) 医師における交代勤務制の導入	12	→	1	2	3	1	2	3	4	5

	(1)		(2) 実施した時期			(3) 負担軽減効果				
	取組に○	実施されている	平成 28 年 3 月 31 日以前	平成 28 年 4 月 ~10 月 30 日	平成 28 年 10 月 31 日時点	効果がある	どちらかといえ ば効果がある	どちらともい えない	どちらかとい え効果がない	効果がない
13) 連続当直を行わない勤務シフトの導入	13	→	1	2	3	1	2	3	4	5
14) 当直翌日の休日	14	→	1	2	3	1	2	3	4	5
15) 当直翌日の業務内容に関する配慮	15	→	1	2	3	1	2	3	4	5
16) 当直医師の増員	16	→	1	2	3	1	2	3	4	5
17) 予定手術等の術者の当直に対する配慮	17	→	1	2	3	1	2	3	4	5
18) 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系	18	→	1	2	3	1	2	3	4	5
19) 電子カルテとオーダーリングシステムの活用	19	→	1	2	3	1	2	3	4	5
20) 上記 19) 以外の ICT を活用した業務省力化、効率化の取組	20	→	1	2	3	1	2	3	4	5

②上記①以外の取組以外で、貴施設で実施している勤務医負担軽減策で、効果のある取組があれば、具体的にお書きください。

--

③以下の診療報酬項目は、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件としています。これらの診療項目は、勤務医の負担軽減及び処遇改善に向けた取組として効果があると考えますか。

(1) 貴施設で算定している項目に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○

(2) 上記(1)で○をつけた項目について、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する効果としてあてはまる番号に○をつけてください。 ※それぞれ○は1つずつ

	(1)		(2) 負担軽減及び処遇改善効果				
	算定している項目に○		効果がある	どちらかといえ ば効果がある	どちらともい えない	どちらかとい え効果がない	効果がない
(記入例) 2) 医師事務作業補助体制加算	②	→	1	②	3	4	5
1) 総合入院体制加算	1	→	1	2	3	4	5
2) 医師事務作業補助体制加算	2	→	1	2	3	4	5
3) 急性期看護補助体制加算	3	→	1	2	3	4	5
4) 看護職員夜間配置加算	4		1	2	3	4	5
5) 精神科リエゾンチーム加算	5	→	1	2	3	4	5
6) 栄養サポートチーム加算	6	→	1	2	3	4	5
7) 呼吸ケアチーム加算	7	→	1	2	3	4	5
8) 病棟薬剤業務実施加算	8	→	1	2	3	4	5
9) 移植後患者指導管理料	9	→	1	2	3	4	5
10) 糖尿病透析予防指導管理料	10	→	1	2	3	4	5

	(1)		(2) 負担軽減及び処遇改善効果				
	算定している項目に○		効果がある	どちらかといえ効果がある	どちらともいえない	どちらかといえ効果がない	効果がない
(記入例) 2) 医師事務作業補助体制加算	②	→	1	②	3	4	5
11) 院内トリアージ実施料	11	→	1	2	3	4	5
12) 救命救急入院料 注3	12	→	1	2	3	4	5
13) 小児特定集中治療室管理料	13	→	1	2	3	4	5
14) 総合周産期特定集中治療室管理料	14	→	1	2	3	4	5
15) 小児入院医療管理料1または2	15	→	1	2	3	4	5
16) ハイリスク分娩管理加算	16	→	1	2	3	4	5
17) 手術・処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	17	→	1	2	3	4	5
18) 認知症ケア加算1	18	→	1	2	3	4	5

6. 記録に係る負担軽減に関する取組状況等についてお伺いします。

①貴施設では、入院部門で電子カルテを導入していますか。 ※○は1つだけ

01. 導入している	02. 導入していないが、導入を検討中
03. 導入していない	04. その他 (具体的に)

②貴施設における、看護記録等の診療に関する記録の取扱いとしてあてはまるものに○をつけてください。 ※○は1つだけ

01. 診療録や看護記録等の診療に関する記録が合わせて1冊となっている (紙カルテの場合)、あるいは、診療録や看護記録等の診療に関する記録を同時表示・閲覧できるようになっている (電子カルテの場合)
02. 診療録や看護記録等の診療に関する記録が別冊となっている (紙カルテの場合)、あるいは、診療録や看護記録等の診療に関する記録が独立した画面でしか表示・閲覧できない (電子カルテの場合)
03. その他 (具体的に)

③貴施設では、記録の省力化の取組としてどのようなことを実施していますか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 各職種間で記載法や用語の統一化を進めた
02. 電子カルテにおいて、患者名、病名、ADL等、各記録に共通する項目については自動的に反映される仕組みとした
03. その他 (具体的に)

7. 最後に、医師、看護職員等の医療従事者の負担軽減策、チーム医療の推進等についてご意見等ございましたらご自由にご記入ください。

施設票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

③ 1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。この病院での勤務状況について回答してください。 ※○は各1つずつ			
1) 勤務時間	1. 長くなった	2. 変わらない	3. 短くなった
2) 外来の勤務状況 (診療時間内)	1. 改善した	2. 変わらない	3. 悪化した
3) 救急外来の勤務状況 (診療時間外)	1. 改善した	2. 変わらない	3. 悪化した
4) 長時間連続勤務の回数	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
5) 当直の回数	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
6) 当直時の平均睡眠時間	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
7) オンコールの回数	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
8) 当直翌日の勤務状況	1. 改善した	2. 変わらない	3. 悪化した
9) 総合的にみた勤務状況	1. 改善した	2. どちらかというと改善した	3. 変わらない
	4. どちらかというと悪化した	5. 悪化した	6. その他 (具体的に)

3. あなたの行っている業務とその負担感等についてお伺いします。

① 貴診療科 (あなたの所属する診療科) における医師の負担軽減策についてお伺いします。 (1) 貴診療科で医師の負担軽減策として実施されている取組に○をつけてください。 (2) 上記 (1) で○をつけた取組について、実施した時期としてあてはまる番号に○をつけてください。 (3) 上記 (1) で○をつけた取組について、医師の負担軽減策の効果としてあてはまる番号に○をつけてください。 ※ (1) は1列の中であてはまる番号すべてに○、(2) と (3) は1行につきそれぞれ○は1つずつ										
	(1)		(2) 実施した時期			(3) 負担軽減効果				
	○	い	平成 28 年 3 月 31 日 以 前	平成 28 年 4 月 ~10 月 30 日	平成 28 年 10 月 31 日 時 点	効果 が あ る	い え ば 効 果 が あ る	ど ち ら か と い え ば 効 果 が あ る	ど ち ら か と い え ば 効 果 が あ る	ど ち ら か と い え ば 効 果 が あ る
(記入例) 4) 当直翌日の業務容に関する配慮	④	→	1	②	3	1	②	3	4	5
1) 術者の予定手術前の当直の免除	1	→	1	2	3	1	2	3	4	5
2) 手術の第一助手の予定手術前の当直の免除	2	→	1	2	3	1	2	3	4	5
3) 当直翌日を休日とする勤務体制	3	→	1	2	3	1	2	3	4	5
4) 当直翌日の業務内容に関する配慮	4	→	1	2	3	1	2	3	4	5
5) 連続当直を行わない勤務シフトの導入	5	→	1	2	3	1	2	3	4	5
6) 当直担当医師の増員	6	→	1	2	3	1	2	3	4	5
7) 交代勤務制 ^{注1} の実施	7	→	1	2	3	1	2	3	4	5
8) 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の導入	8	→	1	2	3	1	2	3	4	5
9) 外来診療時間の短縮	9	→	1	2	3	1	2	3	4	5
10) 医師事務作業補助者の配置・増員	10	→	1	2	3	1	2	3	4	5
11) 薬剤師による処方提案等	11	→	1	2	3	1	2	3	4	5
12) ICU等の集中治療室等への薬剤師の配置	12	→	1	2	3	1	2	3	4	5
13) 薬剤師による投薬に係る入院患者への説明	13	→	1	2	3	1	2	3	4	5
14) 薬剤師による投薬に係る外来患者への問合せ対応や服薬指導	14	→	1	2	3	1	2	3	4	5
15) 臨床検査技師による検査に係る患者への対応、検査方法・結果説明	15	→	1	2	3	1	2	3	4	5

注1. 交代勤務制：夜勤明けを休みとするなど医師が交代で勤務することで長時間の連続勤務を軽減する制度。

②貴診療科におけるあなたの業務負担感と業務分担の状況等についてお伺いします。

- (1) 各業務の業務負担感について該当する番号をご記入ください。
- (2) 各業務の他職種との業務分担の取組状況について該当する番号に○をつけてください。※それぞれ○は1つ
- (3) 医師のみが実施している各業務(上記(2)で「3」に○がついた場合)について、今後、他職種への分担をどのように考えていますか。該当する番号に○をつけてください。※それぞれ○は1つ

	(1) 業務負担感	(2) 分担取組状況			→	(3) 他職種への期待			
		主に他職種が実施している	他職種の補助を受けている	医師のみが実施している		他職種に実施してほしい	他職種に補助してほしい	現行のままでよい	何とも言えない
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 【選択肢】 1: 負担が非常に小さい 2: 負担が小さい 3: どちらともいえない 4: 負担が大きい 5: 負担が非常に大きい 9: 実施していない </div> 該当番号を記入								
(記入例) 3) 留置針によるルート確保	4	1	2	3	→	1	2	3	4
1) 採血		1	2	3	→	1	2	3	4
2) 静脈注射		1	2	3	→	1	2	3	4
3) 留置針によるルート確保		1	2	3	→	1	2	3	4
4) 診断書、診療記録及び処方せんの記載		1	2	3	→	1	2	3	4
5) 主治医意見書の記載		1	2	3	→	1	2	3	4
6) 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテ入力		1	2	3	→	1	2	3	4
7) 救急医療等における診療の優先順位の決定(トリアージの実施)		1	2	3	→	1	2	3	4
8) 検査の手順や入院の説明		1	2	3	→	1	2	3	4
9) 慢性疾患患者への療養生活等の説明		1	2	3	→	1	2	3	4
10) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明		1	2	3	→	1	2	3	4
11) 患者の退院に係る調整業務		1	2	3	→	1	2	3	4
12) 患者に対する処方薬の説明		1	2	3	→	1	2	3	4
13) 医薬品の副作用・効果の確認		1	2	3	→	1	2	3	4
14) 患者に対する検査結果の説明		1	2	3	→	1	2	3	4

③上記②の業務の他に、あなたが負担に感じている業務で、医師以外の職員と役割分担ができる業務がありましたら、お書きください。

4. 他職種との連携の状況やあなたのお考え等についてお伺いします。

①あなたが主に勤務する病棟では、薬剤師が病棟に配置されていますか。 ※○は1つだけ

- 1. 配置されている
- 2. 配置されていない (→4ページの質問②へ)

①-1 配置されている場合の状況	(1) 病棟における薬剤師の関与の状況			(2) 医師の負担軽減及び医療の質の向上への効果 (薬剤師が関与している場合のみお答えください)				
	主に薬剤師が関与	時々薬剤師が関与	薬剤師は関与しない	とても効果がある	効果がある	どちらともいえない	あまり効果がない	効果がない
1) 患者からの情報収集 (投薬歴、持参薬など)	1	2	3	1	2	3	4	5
2) 医師への処方や服薬計画等の提案	1	2	3	1	2	3	4	5
3) 患者に対する処方薬の説明	1	2	3	1	2	3	4	5
4) 医薬品の副作用・効果等の確認	1	2	3	1	2	3	4	5
5) 退院時の薬剤情報管理指導	1	2	3	1	2	3	4	5

②平成 28 年 4 月以降、周術期口腔機能管理の必要性を感じ、歯科医師と連携していますか。 ※○は 1 つだけ

- 01. 院内の歯科医師と連携し、周術期口腔機能管理に関する診療情報提供を行っている
- 02. 院外の地域の歯科医師と連携し、周術期口腔機能管理に関する診療情報提供を行っている
- 03. 院内の歯科医師と連携して歯科治療の依頼などは行っているが、周術期口腔機能管理に関する情報提供は行っていない
- 04. 院外の歯科医師と連携して歯科治療の依頼などは行っているが、周術期口腔機能管理に関する情報提供は行っていない
- 05. 歯科医師と連携していないが、連携体制の整備は必要と考えている
- 06. 歯科医師と連携しておらず、特に必要性も感じていない

【上記②で院内又は院外の歯科医師と連携している (01 または 02 を回答) 方にお伺いします】

②-1 歯科医師との連携の効果として期待していることは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 01. 挿管時の歯に関するトラブルの予防
- 02. 患者の状態に応じた専門的な口腔衛生管理・口腔機能管理
- 03. 口腔内の感染源の除去 (感染管理)
- 04. 咀嚼機能、摂食嚥下機能の評価
- 05. 術後の絶食期間の短縮
- 06. 化学療法、放射線療法等による口腔内不快症状への対応
- 07. 看護師等に対する、患者個別の口腔清掃・口腔衛生管理方法の指導や情報提供等
- 08. その他 (具体的に)

【上記②で歯科医師と連携していない方にお伺いします】

②-2 歯科医師と連携していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 01. 周術期口腔機能管理料についてよく知らないから
- 02. 歯科医療機関連携加算についてよく知らないから
- 03. クリニカルパスに歯科との連携が組み込まれていないから
- 04. 歯科医師との情報共有が困難だから
- 05. これまでに歯科医師の受入れ実績がなく、歯科医師の受入れ態勢が確保できていないから
- 06. 周術期口腔機能管理で実施する内容や効果が不明であるから
- 07. 周術期口腔機能管理を実施できる歯科医療機関の情報がないから
- 08. その他 (具体的に)

③平成 28 年 4 月以降、栄養サポートチームにおいて歯科医師と連携していますか。 ※〇は1つだけ

- 01. 院内の歯科医師が参加し、栄養サポートチームによる取組を行っている
- 02. 院外の地域の歯科医師が参加し、栄養サポートチームによる取組を行っている
- 03. 歯科治療の依頼などは行っているが、栄養サポートチームに歯科医師は参加していない
- 04. 歯科医師と連携していないが、栄養サポートチームによる取組を行っている
- 05. 栄養サポートチームによる取組を行っていない

【上記③で院内又は院外の歯科医師と連携している（01 または 02 を回答）方にお伺いします】

③-1 歯科医師との連携の効果として期待していることは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 01. 患者の状態に応じた専門的な口腔衛生管理・口腔機能管理
- 02. 口腔内の感染源の除去（感染管理）
- 03. 咀嚼機能、摂食嚥下機能の評価
- 04. 看護師等に対する、患者個別の口腔清掃・口腔衛生管理方法の指導や情報提供等
- 05. その他（具体的に

【上記③で歯科医師が参加していない方にお伺いします】

③-2 歯科医師と連携していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 01. 栄養サポートチーム加算についてよく知らないから
- 02. 栄養サポートチーム加算の歯科医師連携加算についてよく知らないから
- 03. クリニカルパスに歯科との連携が組み込まれていないから
- 04. 歯科医師との情報共有が困難だから
- 05. これまでに歯科医師の受入れ実績がなく、歯科医師の受入れ態勢が確保できていないから
- 06. 栄養サポートチームに参加できる歯科医療機関の情報がないから
- 07. 特に歯科医師との連携について必要性を感じないから
- 08. その他（具体的に

5. あなたの勤務状況に関するご意見等をお伺いします。

①あなたの現在の勤務状況についてどのようにお考えですか。 ※最も近いものに〇は1つだけ

- 1. 改善の必要性が高い
- 2. 改善の必要性がある
- 3. 現状のままでよい
- 4. その他（具体的に

【上記①で「1.改善の必要性が高い」「2.改善の必要性がある」と回答した方】

①-1 勤務状況について「1.改善の必要性が高い」または「2.改善の必要性がある」と回答した最大の理由は何ですか。 ※〇は1つだけ

- 1. 医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため
- 2. 業務を継続していけるか不安があるため
- 3. 過重勤務により身体的・精神的疾患を患う（患った）ため
- 4. 給与が業務量に比べて低いと感じるため
- 5. 育児休暇等のワークライフバランスがとれていないため
- 6. 特に問題はないが、勤務医負担軽減策を行うことで更に勤務状況の改善が見込めるため
- 7. その他（具体的に

②どのような取組が病院で行われれば、医師の負担を軽減することができると思いますか。

Blank box for response to question ②.

質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

※以下の質問⑨～⑫は一般病棟の方のみご回答ください。それ以外の病棟の方は2ページの2. ①へお進みください。

⑨急性期看護補助体制加算 ※〇は1つだけ ※7対1又は10対1入院基本料を算定する病棟のみ	01. 25対1 (看護補助者5割以上) 02. 25対1 (看護補助者5割未満) 03. 50対1 04. 75対1 05. 届出をしていない → { a) 届出の予定 (01 予定あり 02 予定なし) b) 届出をしていない理由 (※〇はいくつでも) (01 職員確保が困難 02 必要性がない 03 その他 ())
⑩夜間急性期看護補助体制加算 ※〇は1つだけ ※急性期看護補助体制加算を算定する病棟のみ	01. 30対1 02. 50対1 03. 100対1 04. 届出をしていない → { a) 届出の予定 (01 予定あり 02 予定なし) b) 届出をしていない理由 (※〇はいくつでも) (01 職員確保が困難 02 必要性がない 03 その他 ())
⑪夜間看護体制加算 ※〇は1つだけ	01. 算定あり 02. 算定なし
⑫看護職員夜間配置加算 ※〇は1つだけ	01. 12対1の「1」 02. 12対1の「2」 03. 16対1 04. なし → { a) 届出の予定 (01 予定あり 02 予定なし) b) 届出をしていない理由 (※〇はいくつでも) (01 職員確保が困難 02 必要性がない 03 その他 ())

2. 貴病棟における看護職員・看護補助者の勤務状況等についてお伺いします。

①貴病棟における看護職員 ^{注1} の勤務形態 ※あてはまる番号すべてに〇	01. 2交代制 ^{注2} 02. 変則2交代制 ^{注3} 03. 3交代制 ^{注4} 04. 変則3交代制 ^{注5} 05. 上記01～04の混合 06. 日勤のみ 07. 夜勤のみ 08. その他 (具体的に)
---	---

注1. 看護職員：看護師、保健師、助産師、准看護師を指します。

注2. 2交代制：日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。

注3. 変則2交代制：日勤8時間、夜勤16時間といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

注4. 3交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

注5. 変則3交代制：日勤9時間、準夜勤7時間、深夜勤8時間といった日勤・準夜勤・深夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

②貴病棟に配置されている職員数 (※夜勤専従者は除く)	平成27年10月		平成28年10月	
	常勤	非常勤 (常勤換算 ^{注6})	常勤	非常勤 (常勤換算 ^{注6})
1) 看護師数	人	人	人	人
2) 准看護師数	人	人	人	人
3) 看護補助者数	人	人	人	人

③看護職員 ^{注1} の勤務時間等 (※夜勤専従者は除く)	平成27年10月		平成28年10月	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1) 1人あたり平均勤務時間 ^{注7} /月	時間	時間	時間	時間
2) 1人あたり平均夜勤時間 ^{注8} /月	時間	時間	時間	時間
3) (最小値 ^{注9}) 夜勤時間/月	時間	時間	時間	時間
4) (最大値 ^{注9}) 夜勤時間/月	時間	時間	時間	時間

注6. 常勤換算：貴施設の1週間の所定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1位まで(第2位を切り捨て)ご記入ください。

例：1週間の所定勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護職員が1人いる場合：(4日×5時間×1人)÷40時間

注7. 平均勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含まれます。

注8. 平均夜勤時間：延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数(※夜勤従事者=夜勤時間帯に病棟で勤務する時間÷夜勤時間帯に病院内(病棟+病棟外)で勤務する時間)。なお、次の該当者は計算から除外してください。a) 夜勤専従者(専ら夜勤時間帯に従事する者)、b) 7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟の場合は月夜勤時間数が16時間未満及び短時間制職員で月夜勤時間数が12時間未満の者、c) 7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟以外の病棟の場合は、月夜勤時間数が8時間未満の者。

注9. (最小値)夜勤時間/月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。夜勤に従事していない人は除いてください。(最大値)夜勤時間/月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。

④貴病棟に配置されている 看護職員の夜勤専従者数(実人数)	平成27年10月		平成28年10月	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1) 看護師数	人	人	人	人
2) 准看護師数	人	人	人	人

⑤看護職員 ^{注1} の夜勤専従者の 勤務時間等	平成27年10月		平成28年10月	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1) 1人あたり平均勤務時間 ^{注7} /月	時間	時間	時間	時間
2) 1人あたり平均夜勤時間 ^{注8} /月	時間	時間	時間	時間
3) (最小値 ^{注10}) 夜勤時間/月	時間	時間	時間	時間
4) (最大値 ^{注10}) 夜勤時間/月	時間	時間	時間	時間

注10. (最小値) 夜勤時間/月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤専従者の夜勤時間をご記入ください。
(最大値) 夜勤時間/月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤専従者の夜勤時間をご記入ください。

⑥看護職員 ^{注1} 1人あたり月平均夜勤回数	平成27年10月		平成28年10月	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
2交代(変則2交代を含む)	回	回	回	回
3交代(変則3交代を含む)	1) 準夜勤	回	回	回
	2) 深夜勤	回	回	回
2交代(変則2交代を含む)と 3交代(変則3交代を含む)の混合	1) 2交代	回	回	回
	2) 3交代	回	回	回

⑦平均夜勤体制(配置人数)	看護職員 準夜帯()人 深夜帯()人 看護補助者 準夜帯()人 深夜帯()人	
⑧日勤における休憩時間 ^{注11}	看護職員()時間()分 看護補助者()時間()分	
⑨夜勤時間帯 ^{注12} ※24時間制で記入	()時～()時	
⑩夜勤における 休憩時間 ^{注11} および仮眠時間	2交代(変則2交代を含む)の場合 ※休憩および仮眠時間をまとめて付与している場合は上段に回答。 ※どちらかのみ、またはそれぞれ付与の場合は下段に回答。	休憩・仮眠()時間()分 休憩()時間()分 仮眠()時間()分
	3交代(変則3交代を含む)の場合 ※休憩時間のみ回答。	準夜勤:()時間()分 深夜勤:()時間()分

注11. 休憩時間：1回の勤務にあたり貴施設の所定勤務時間において規定されている休憩時間。

注12. 夜勤時間帯：病院で任意に設定している22時～翌5時を含む連続する16時間。

⑪平成28年度診療報酬改定の結果、貴病棟における夜勤に関する状況は改定前と比較して、どのようになりましたか。 ※○は1つだけ			
1) 夜勤時間の長さ	01. 長くなった	02. 変わらない	03. 短くなった
2) 夜勤の回数	01. 増えた	02. 変わらない	03. 減った
3) 夜勤時の受け持ち患者数	01. 増えた	02. 変わらない	03. 減った
4) 夜勤時の繁忙度	01. 忙しくなった	02. 変わらない	03. 余裕ができた
5) 夜勤をする者	01. 増えた	02. 変わらない	03. 減った
6) 一部の者への夜勤の負担	01. 増えた	02. 変わらない	03. 減った
7) 夜勤シフトの組み方	01. 改善した	02. 変わらない	03. 悪化した
8) 夜勤の72時間要件	01. 満たしやすくなった	02. 変わらない	03. 満たしにくくなった

→次ページに続きます。

9) 他部署との兼務	01. 増えた	02. 変わらない	03. 減った
10) 短時間勤務者で夜勤時間帯に勤務する者	01. 増えた	02. 変わらない	03. 減った

⑫1 年前と比較して、貴病棟の看護職員の勤務状況はどのように変化しましたか。 ※○は1つだけ			
1) 勤務時間	01. 長くなった	02. 変わらない	03. 短くなった
2) 長時間連続勤務の状況	01. 長くなった	02. 変わらない	03. 短くなった
3) 有給休暇の取得状況	01. 増えた	02. 変わらない	03. 減った
4) 総合的にみた勤務状況	01. 改善した	02. どちらかという改善した	03. 変わらない
	04. どちらかという悪化した	05. 悪化した	06. その他 ()

3. 貴病棟における看護職員の負担軽減策の取組状況についてお伺いします。

①貴病棟における看護職員の負担軽減策についてお伺いします。

(1) 貴病棟で看護職員の負担軽減策として実施している取組に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○

(2) 上記(1)で○をつけた取組について、実施した時期としてあてはまる番号に○をつけてください。
※それぞれ○は1つずつ

(3) 上記(1)で○をつけた取組について、看護職員の負担軽減策の効果としてあてはまる番号に○をつけてください。
※それぞれ○は1つずつ

	(1)		(2) 実施した時期			(3) 負担軽減効果				
	取組に○	実施されている	平成 28 年 3 月 31 日以前	平成 28 年 4 月 ~10 月 30 日	平成 28 年 10 月 31 日時点	効果がある	どちらかといえ ば効果がある	ない どちらともいえ	どちらかといえ ば効果がない	効果がない
(記入例) 4) 夜勤専従者の雇用	④	→	1	②	3	1	②	3	4	5
1. 看護職員の配置・勤務シフト等										
1) 看護職員の増員	1	→	1	2	3	1	2	3	4	5
2) 短時間勤務の看護職員の増員	2	→	1	2	3	1	2	3	4	5
3) 夜勤時間帯の看護職員配置の増員	3	→	1	2	3	1	2	3	4	5
4) 夜勤専従者の雇用	4	→	1	2	3	1	2	3	4	5
5) 2交代・3交代制勤務の見直し(変則への移行を含む)	5	→	1	2	3	1	2	3	4	5
6) 11時間以上の勤務間隔の確保	6	→	1	2	3	1	2	3	4	5
7) 夜勤後の暦日の休日の確保	7	→	1	2	3	1	2	3	4	5
8) 夜勤の連続回数が2連続(2回まで)の設定	8	→	1	2	3	1	2	3	4	5
9) 月の夜勤回数上限の設定	9	→	1	2	3	1	2	3	4	5
10) (2交代勤務)夜勤時の仮眠時間を含む休憩時間の確保	10	→	1	2	3	1	2	3	4	5
11) (2交代勤務)16時間未満となる夜勤時間の設定	11	→	1	2	3	1	2	3	4	5
12) (3交代勤務)日勤深夜、準夜日勤のシフトの回避	12	→	1	2	3	1	2	3	4	5
13) (3交代勤務)正循環の交代周期の確保	13	→	1	2	3	1	2	3	4	5
14) 早出や遅出などの看護ニーズに応じた勤務の導入・活用	14	→	1	2	3	1	2	3	4	5

	(1)		(2) 実施した時期			(3) 負担軽減効果				
	取組に○	実施されている	平成 28 年 3 月 31 日以前	平成 28 年 4 月 ~10 月 30 日	平成 28 年 10 月 31 日時点	効果がある	どちらかといえ ば効果がある	ない どちらともい え	どちらかとい え ば効果がない	効果がない
(記入例) 4) 夜勤専従者の雇用	④	→	1	②	3	1	②	3	4	5
15) 当直明けの勤務者に対する配慮	15	→	1	2	3	1	2	3	4	5
16) 残業が発生しないような業務量の調整	16	→	1	2	3	1	2	3	4	5
17) 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	17	→	1	2	3	1	2	3	4	5
18) 夜間院内保育所の設置	18		1	2	3	1	2	3	4	5
19) 勤務時間内の委員会※開催	19	→	1	2	3	1	2	3	4	5
20) メンタルヘルス対策の実施	20	→	1	2	3	1	2	3	4	5
21) 電子カルテ又はオーダーリングシステムの活用	21	→	1	2	3	1	2	3	4	5
2. 看護補助者の配置等										
22) 看護補助者との業務分担	22	→	1	2	3	1	2	3	4	5
23) 看護補助者の増員	23	→	1	2	3	1	2	3	4	5
24) 早出や遅出の看護補助者の配置	24	→	1	2	3	1	2	3	4	5
25) 夜勤時間帯の看護補助者の配置	25	→	1	2	3	1	2	3	4	5
26) 病棟クラークの配置	26	→	1	2	3	1	2	3	4	5
3. 他職種との業務分担等										
27) 理学療法士との業務分担	27	→	1	2	3	1	2	3	4	5
28) 作業療法士との業務負担	28	→	1	2	3	1	2	3	4	5
29) 言語聴覚士との業務分担	29	→	1	2	3	1	2	3	4	5
30) 臨床検査技師との業務分担	30	→	1	2	3	1	2	3	4	5
31) 臨床工学技士との業務分担	31	→	1	2	3	1	2	3	4	5
32) MSW又はPSWとの業務分担	32	→	1	2	3	1	2	3	4	5
33) 薬剤師の病棟配置	33	→	1	2	3	1	2	3	4	5

※入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策に関する基準」「医療安全管理体制に関する基準」「褥瘡対策の基準」を満たすための委員会
は除きます。

②上記①以外の取組で看護職員の負担軽減に効果のある取組があればご記入ください。

4. あなたの勤務する病棟での他職種との連携状況等についてお伺いします。

①あなたが勤務する病棟に看護補助者が配置されていますか。※○は1つだけ

01. 配置されている (→7ページの質問①-1へ) 02. 配置されていない (→7ページの質問②へ)

①-1 看護補助者に対する教育体制とその運用状況としてあてはまる番号すべてに○をつけてください。

01. 教育プログラムが構築されている

→実施方法・実施時期 ※あてはまる番号すべてに○

方法：01. 院内の集合研修（合計 時間） 02. OJT 03. その他（ ）
 時期：01. 入職時に実施 02. 決まった時期に定期的実施 03. その他（ ）

02. 教育を担当する人材が確保されている

03. 教育体制の評価、見直しが行われている

04. 特に教育体制は整備されていない

05. その他（ ）

①-2 看護補助者の教育に関する課題としてあてはまる番号すべてに○をつけてください。

01. 教育プログラムの構築が困難

02. 教育を担当する人材の確保が困難

03. 業務多忙等により、研修時間を確保できない

04. 知識・技術の習得に時間を要する

05. その他（ ）

06. 課題は特にない

①-3 以下の業務について貴病棟の状況をそれぞれご回答ください。

	(1) 業務負担感	(2) 看護補助者との業務分担状況(※最も近いもの1つに○)			(3) 看護補助者が各業務を実施する場合(完全委譲・部分委譲・協働も含む)の看護職員の負担軽減上の効果(※最も近いもの1つに○) ※既に看護補助者が実施している場合もお答えください。				
		看護補助者が主に担当	看護職員と看護補助者の協働	看護職員が主に担当	とても効果がある	効果がある	どちらともいえない	あまり効果がない	まったく効果がない
	【選択肢】 1：負担が非常に小さい 2：負担が小さい 3：どちらともいえない 4：負担が大きい 5：負担が非常に大きい 9：実施していない 該当番号を記入								
1) 食事介助		1	2	3	1	2	3	4	5
2) 配下膳		1	2	3	1	2	3	4	5
3) 排泄介助		1	2	3	1	2	3	4	5
4) おむつ交換等		1	2	3	1	2	3	4	5
5) 体位変換		1	2	3	1	2	3	4	5
6) 移乗(車椅子、ベッド等)		1	2	3	1	2	3	4	5
7) 寝具やリネンの交換、ベッド作成		1	2	3	1	2	3	4	5
8) 清潔・整容(清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等)		1	2	3	1	2	3	4	5
9) 患者の病棟外への送迎(検査、リハビリ等)		1	2	3	1	2	3	4	5
10) 入院案内(オリエンテーション等)		1	2	3	1	2	3	4	5
11) 日中の患者のADLや行動の見守り・付添(認知症や高次機能障害等)		1	2	3	1	2	3	4	5
12) 夜間の患者のADLや行動の見守り・付添(認知症や高次機能障害等)		1	2	3	1	2	3	4	5
13) 事務的業務 ^{注13}		1	2	3	1	2	3	4	5
14) 物品搬送		1	2	3	1	2	3	4	5
15) 医療材料等の物品の補充、準備、点検		1	2	3	1	2	3	4	5
16) 環境整備		1	2	3	1	2	3	4	5

注13. 事務的業務：カルテ整理、書類の取扱い、検査処置伝票の取扱い、レントゲンフィルムの整理、案内電話対応、コンピュータ入力等。

①-4 看護補助者に業務を委譲（完全・部分）したことで、看護職員はどのような業務の時間を増やすことができましたか。※あてはまる番号すべてに○

- | | | |
|-------------------------|----------------|----------------------|
| 01. 入院患者に対する観察頻度の増加 | 02. 看護計画作成・評価 | 03. 医療処置 |
| 04. カンファレンスの実施 | 05. 早期離床に関する支援 | |
| 06. 生活リハビリテーション | 07. 退院に向けた支援 | |
| 08. 他職種との協働（計画作成・介入・評価） | | 09. 地域連携 |
| 10. 看護記録 | 11. ベッドサイドでのケア | 12. 患者、家族とのコミュニケーション |
| 13. その他（具体的に | | ） |

【すべての方にお伺いします】

② 貴病棟には、薬剤師が病棟配置されていますか。 ※○は1つだけ

- | | |
|-------------|---------------------|
| 01. 配置されている | 02. 配置されていない（→質問③へ） |
|-------------|---------------------|

②-1 病棟薬剤師が担っている業務、薬剤師と連携して実施している業務は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| 01. 持参薬の管理 | 02. 効果・副作用等の確認 |
| 03. 薬剤師と共にカンファレンスや回診への参加 | 04. 患者等への薬剤に関する説明等の実施 |
| 05. 配薬 | 06. 薬剤のミキシング（抗がん剤を除く） |
| 07. 抗がん剤のミキシング | 08. 病棟配置薬の管理 |
| 09. 薬物療法（注射や輸液等の準備・実施・管理、薬剤の投与量の調整等） | |
| 10. 退院患者の薬剤指導 | |
| 11. その他（具体的に | ） |

②-2 病棟薬剤師の配置による効果としてあてはまる番号に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 01. 看護職員の薬剤関連業務の負担が軽減した | |
| 02. 速やかに必要な情報を把握できるようになった | |
| 03. 薬剤関連のインシデントが減少した | |
| 04. 服薬支援がより適切に行われるようになった | |
| 05. 病棟職員の薬物療法・服薬指導に対する理解・スキルが向上した | |
| 06. 患者の直接ケア時間が増えた | |
| 07. 効果が実感できない | |
| 08. その他（具体的に | ） |

【すべての方にお伺いします】

③ 貴病棟における、歯科医師・歯科衛生士との連携状況はどのようになっていますか。 ※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|----------------------------------|---|
| 01. 歯科医師・歯科衛生士と共にカンファレンスや回診への参加 | |
| 02. 入院患者への口腔ケアの実施 | |
| 03. 退院に向けた患者・家族に対する口腔ケアに関する指導の実施 | |
| 04. その他（具体的に | ） |
| 05. 連携していない（→8ページの質問5. ①へ） | |

8ページの質問③-1へ

【上記③で01~04を回答した方にお伺いします】

③-1 歯科医師・歯科衛生士との連携による効果としてあてはまる番号に○をつけてください。

※あてはまる番号すべてに○

- 01. 口腔清掃等の方法に対する理解が向上した (知識を得ることができた)
- 02. 周術期口腔機能管理に対する理解が向上した
- 03. 摂食嚥下リハビリテーションに対する理解が向上した
- 04. 食形態の検討に役立った
- 05. 口腔状態のアセスメントをより適切に行うことができるようになった
- 06. 患者の個別の状態にあわせ、より適切な口腔清掃を行うことができるようになった
- 07. 患者の個別の状態にあわせ、より適切な摂食嚥下リハビリテーションを行うことができるようになった
- 08. 患者の個別の状態にあわせ、より適切な食事介助を行うことができるようになった
- 09. 特に効果が実感できない
- 10. その他 (具体的に)

5. 看護職員の負担軽減策に関するご意見についてお伺いします。

①貴病棟における、看護職員の負担軽減に関する現在の取組についてどのように評価していますか。※○は1つだけ

- 01. 十分である
- 02. どちらかといえば十分である
- 03. どちらかといえば不十分である
- 04. 不十分である

②今後、どのような取組をすれば、看護職員の業務負担の軽減が図られると思いますか。※あてはまる番号すべてに○

- 01. 臨床検査技師による採血・検体採取介助
- 02. 臨床検査技師による検査前後の説明や結果の管理等
- 03. リハビリ職による食事介助
- 04. 歯科専門職による専門的な口腔ケア
- 05. 介護福祉士による日常生活援助・見守り
- 06. 多職種間による記録の一元化
- 07. 記録の簡素化
- 08. その他 (具体的に)

③貴病棟における看護職員の勤務状況や負担軽減に関する今後の課題等があればご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
 夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響及び医療従事者の
 負担軽減にも資するチーム医療の実施状況調査 薬剤部責任者票（案）

- 特に指定がある場合を除いて、平成 28 年 10 月 31 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、該当するものがない場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

1. 貴施設の概要等についてお伺いします。

①貴施設における、平成 27 年 10 月、平成 28 年 10 月 1 か月間の処方せん枚数をご記入ください		
	平成 27 年 10 月	平成 28 年 10 月
1) 外来の院外処方せん	枚	枚
2) 外来の院内処方せん	枚	枚
3) 入院患者の処方せん	枚	枚

②インシデント数（平成 27 年 10 月、平成 28 年 10 月の 1 か月間）の件数をご記入ください。		
	平成 27 年 10 月	平成 28 年 10 月
1) 貴施設におけるレベル 2 ^{注1} 以上のインシデント数	件	件
2) 上記 1) のうち、薬剤に関するインシデント数	件	件
3) 上記 2) のうち、療養病棟・精神病棟のインシデント数	件	件
4) 上記 2) のうち、集中治療室等 ^{注2} のインシデント数	件	件

注 1. レベル 2：国立大学附属病院医療安全管理協議会の影響レベルを指します。

注 2. 集中治療室等：救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室を指します。

③貴施設における 1) 病棟数、2) 薬剤師が配置されている病棟数についてご記入ください。 ※病棟薬剤業務実施加算を算定していない場合もすべて含めて記入してください。		
	平成 27 年 10 月	平成 28 年 10 月
1) 貴施設における全病棟数	病棟	病棟
2) 上記 1) のうち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数	病棟	病棟
3) 療養病棟・精神病棟の病棟数	病棟	病棟
4) 上記 3) のうち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数	病棟	病棟
5) 集中治療室等 ^{注2} の病棟数	病棟	病棟
6) 上記 5) のうち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数	病棟	病棟

④各病棟に配置されている薬剤師数（常勤換算） ^{注3} は何人ですか。		
	平成 27 年 10 月	平成 28 年 10 月
1) 病棟専任の薬剤師数	人	人
2) 上記 1) のうち、療養病棟・精神病棟に配置されている薬剤師数	人	人
3) 上記 1) のうち、集中治療室等 ^{注2} に配置されている薬剤師数	人	人

注 3. 非常勤職員の常勤換算の計算方法：貴施設の 1 週間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 1 位までで
 ご記入ください。常勤職員は実人数のままで結構です。

例：1 週間の所定勤務時間が 40 時間の病院で、週 4 日（各日 5 時間）勤務の非常勤職員が 1 人いる場合
 非常勤職員数（常勤換算）＝（5 時間×4 日×1 人）÷40 時間（週所定労働時間）＝0.5 人

2. 薬剤師の各業務の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設では、平成 28 年 4 月以降、新たに薬剤師を配置した病棟がありますか。※〇は1つだけ

1. ある 2. ない (→質問②へ)

【上記①で「1. ある」と回答した施設の方】

①-1 それはどこの病棟ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- | | | |
|---------|-------------------------|---------|
| 1. 一般病棟 | 2. 集中治療室等 ^{注2} | 3. 療養病棟 |
| 4. 精神病棟 | 5. その他 (具体的に) | |

注 2. 集中治療室等：救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室を指します。

【上記①で「1. ある」と回答した施設の方】

①-2 そのためにどのような対応を行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. 特に何もしていない | 2. 常勤薬剤師を増員した |
| 3. 非常勤薬剤師を増員した | 4. 薬剤部門の人員配置・勤務体制の見直しを行った |
| 5. 医師との業務分担を見直した | 6. 看護職員との業務分担の見直しを行った |
| 7. ITやシステム等 (業務日誌や入力テンプレート等) の活用や環境整備を行った | |
| 8. その他 (具体的に) | |

【上記①で「1. ある」と回答した施設の方】

①-3 病棟に薬剤師を配置する前と比較してどのように変わりましたか。 ※〇はそれぞれ1つずつ

	増 と え た も	増 え た	変 化 は な い	減 っ た	減 っ た も
1) 薬剤師の病棟内のカンファレンス・回診への参加回数	1	2	3	4	5
2) 医師から薬剤師への相談回数	1	2	3	4	5
3) 看護職員から薬剤師への相談回数	1	2	3	4	5
4) 薬剤師による処方提案の件数	1	2	3	4	5
5) 薬剤師による処方提案に基づく変更(投薬中止を含む)の件数	1	2	3	4	5
6) 薬剤師による臨床検査 (肝・腎機能、電解質・血中薬物濃度モニタリングなど) の提案の件数	1	2	3	4	5
7) 薬剤師の関与による副作用・相互作用等回避の件数	1	2	3	4	5

【すべての施設の方にお伺いします。】

②貴施設では、病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準の届出をしていますか。 ※〇は1つだけ

1. 届出をしている (→3 ページの質問②-2 へ)
2. 届出をしていない

【上記②で「2. 届出をしていない」と回答した施設の方】

②-1 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準の届出をしていないのはなぜですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- | | |
|--|--|
| 1. 薬剤師の人数が不足しているため | |
| 2. 病棟以外 (調剤・製剤、外来化学療法、手術室など) の業務負担が大きいため | |
| 3. 病棟専任薬剤師による病棟業務の実施時間が週 20 時間に満たないため | |
| 4. 薬剤管理指導以外の病棟薬剤業務のニーズが少ないため | |
| 5. その他 (具体的に) | |

(→病棟薬剤業務実施加算 1 の届出のない施設の方はこの質問で終わりです)

【上記②で「1.届出をしている」と回答した施設の方】

②-2 貴施設では療養病棟・精神病棟で病棟薬剤業務を実施していますか。※〇は1つだけ

- 1. 実施している病棟がある
- 2. 実施していない(当該病棟がない場合も含む) (→質問②-3へ)

【上記②-2で「1.実施している病棟がある」と回答した施設の方】

②-2-1 貴施設では、9週日以降も療養病棟・精神病棟で病棟薬剤業務を実施していますか。※〇は1つだけ

- 1. 実施している
- 2. 実施していない (→質問②-3へ)

【上記②-2-1で「1.実施している」と回答した施設の方】

②-2-1-1 9週日以降も療養病棟・精神病棟で病棟薬剤業務が必要と思いますか。※〇は1つだけ

- 1. 必要と思う
- 2. 薬剤によっては必要と思う
- 3. 医師の依頼(同意)がある場合のみでよいと思う
- 4. 必要ないと思う
- 5. その他(具体的に)

【上記②-2-1で「1.実施している」と回答した施設の方】

②-2-1-2 9週日以降に病棟薬剤業務を実施することでどのような効果がありましたか。

※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 患者の薬に関する理解とアドヒアランスが向上した
- 2. 医師の業務負担が軽減した
- 3. 看護職員の業務負担が軽減した
- 4. 薬剤関連のインシデントが減少した
- 5. 薬剤種類数が減少した
- 6. 医薬品費が減少した(後発医薬品の使用促進を含む)
- 7. 副作用の回避・軽減や病状の安定化が速やかに得られるようになった
- 8. 在院日数が減少した
- 9. 外来通院や在宅での薬物治療に移行できる割合が高まった
- 10. その他(具体的に)

【上記②で「1.届出をしている」と回答した施設の方】

②-3 貴施設では、病棟薬剤業務実施加算2の施設基準の届出をしていますか。※〇は1つだけ

- 1. 届出をしている
- 2. 届出をしていない (→4ページの質問②-3-3へ)

【上記②-3で「1.届出をしている」と回答した施設の方】

②-3-1 病棟薬剤業務実施加算2として、どこに薬剤師を配置していますか。※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 救命救急入院科
- 2. 特定集中治療室管理料
- 3. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 4. 小児特定集中治療室管理料
- 5. 新生児特定集中治療室管理料
- 6. 総合周産期特定集中治療室管理料

【上記②-3で「1.届出をしている」と回答した施設の方】

②-3-2 病棟薬剤業務実施加算2を実施する体制をとることによってどのような効果がありましたか。

※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 集中治療室等から一般病棟等への薬に係る連携・移行がスムーズになった
- 2. 医師・看護師の業務負担が軽減した
- 3. 副作用の回避・軽減や、病状の安定化に寄与した
- 4. 薬剤関連のインシデントが減少した
- 5. 処方提案の件数が増加した
- 6. その他(具体的に)

【上記②-3で「2.届出をしていない」と回答した施設の方】

②-3-3 病棟薬剤業務実施加算2の施設基準の届出をしていないのはなぜですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 算定対象病棟がないため
2. 薬剤師の人数が不足しているため
3. 病棟以外（調剤・製剤、外来化学療法、手術室など）の業務負担が大きいため
4. 病棟専任薬剤師による病棟業務の実施時間が週20時間に満たないため
5. 薬剤管理指導以外の病棟薬剤業務のニーズが少ないため
6. その他（具体的に)

質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

X

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響及び医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の実施状況調査 病棟薬剤師票（案）

- 特に指定がある場合を除いて、平成 28 年 10 月 31 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、該当するものがない場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

1. 当該病棟の状況についてお伺いします。

①病棟薬剤業務実施加算の算定の有無 ※〇は1つだけ	1. 算定している	2. 算定していない
②病棟種別 ※〇は1つだけ	1. 一般病棟 2. 療養病棟 3. 精神病棟 4. 集中治療室等 ^{注1} 5. その他（具体的に _____）	
③診療科 ※混合病棟の場合、あてはまる番号すべてに〇	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 7. 精神科 8. 救急科 9. その他（具体的に _____）	
④当該病棟の病床数	床	⑤当該病棟の平均在院日数^{注2} _____ 日
⑥平成 28 年 10 月**日～平成 28 年 10 月**日の 1 週間の入院延べ患者数	_____ 人	
⑦上記⑥のうち特定入院料^{注3}を算定した入院延べ患者数	_____ 人	
⑧上記⑦で算定した患者数が最も多い特定入院料 ※〇は1つだけ		
0. 該当なし 1. 救命救急入院料 2. 特定集中治療室管理料 3. ハイケアユニット入院医療管理料 4. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 5. 小児特定集中治療室管理料 6. 新生児特定集中治療室管理料 7. 総合周産期特定集中治療室管理料 8. 小児入院医療管理料 9. 回復期リハビリテーション病棟入院料 10. 地域包括ケア病棟入院料 11. 緩和ケア病棟入院料 12. 精神科救急入院料 13. 精神療養病棟入院料 14. 地域包括ケア入院医療管理料 15. その他（具体的に _____）		

注 1. 集中治療室等：救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室を指します。

注 2. 転棟者の場合、当該病棟への入棟日（初日）を当該病棟への入院日とみなしてください。平均在院日数の計算にあたっては、当該病棟から退院等した患者のみについて集計してください。また、初日不算入としてください。

注 3. 特定入院料：具体的には質問⑧を参考にしてください。

2. 当該病棟における薬剤師の病棟勤務状況についてお伺いします。

①当該病棟における薬剤師の平成 28 年 10 月**日～平成 28 年 10 月**日の 1 週間あたりの病棟薬剤業務実施加算に該当する時間（当該病棟の全ての薬剤師の合計時間） ※病棟薬剤業務実施加算を算定していない病棟であっても、当該業務に該当する時間を記入してください。病棟以外で実施する病棟薬剤業務実施加算の時間も含めてください。 ※常勤・非常勤、専任・兼任の別に関わらずご記入ください。	_____ 分
②上記①の期間中、当該病棟で病棟薬剤業務を実施した薬剤師数（常勤換算数）	_____ 人

③上記①の時間の内訳を該当する業務ごとに記入してください。	1週間あたりの業務時間(分)
1) 医薬品の投薬・注射状況の把握	分
2) 使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知	分
3) 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案	分
4) 2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認	分
5) 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明	分
6) 薬剤の投与における、流量又は投与量の計算等の実施	分
7) 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理	分
8) 患者の状態に応じた積極的な新規・変更処方案の提案	分
9) 抗がん剤等の無菌調製	分
10) 他の医療スタッフへの助言や相談への応需	分
11) カンファレンスへの参加及び回診への同行	分
12) その他()	分

④上記③の病棟薬剤業務を実施することでどのような効果がありましたか。※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者の薬に関する知識とアドヒアランスが向上した	2. 医師の業務負担が軽減した
3. 看護職員の業務負担が軽減した	4. 薬剤関連のインシデントが減少した
5. 薬物治療の質が向上した	6. 患者のQOLが向上した
7. 薬剤種類数が減少した	8. その他(具体的に)

⑤上記④の効果に影響を与える業務は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
1. 医薬品の投薬・注射状況の把握	
2. 使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知	
3. 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案	
4. 2種以上(注射薬と内用薬を1種以上含む)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認	
5. 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明	
6. 薬剤の投与における、流量又は投与量の計算等の実施	
7. 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理	
8. 患者の状態に応じた積極的な新規・変更処方案の提案	
9. 抗がん剤等の無菌調製	
10. 他の医療スタッフへの助言や相談への応需	
11. カンファレンスへの参加及び回診への同行	

⑤-1 上記⑤の業務のうち、効果に最も影響を与える業務を1つだけ選び、該当の番号を記入してください。	
--	--

⑥貴病棟では、上記【質問③の7)～10)に記載の業務】(平成22年医政局長通知で薬剤師を積極的に活躍することが望ましいとされている業務)を実施していますか。※○は1つだけ

1. 実施している	2. 実施していない(→3ページの質問⑦へ)
-----------	------------------------

【質問⑥で「1. 実施している」と回答した病棟の方にお伺いします】

⑥-1 【質問③の7)～10)に記載の業務】のうち、質問④で○をつけた効果に最も影響を与える業務は何ですか。 ※○は1つだけ
--

1. 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理
2. 患者の状態に応じた積極的な新規・変更処方案の提案
3. 抗がん剤等の無菌調製
4. 他の医療スタッフへの助言や相談への応需
5. ない・わからない

【2ページの質問⑥で「1.実施している」と回答した病棟の方にお伺いします】

⑥-2 病院薬剤師として、質問③の7)～10)に記載の業務をどのように実施すべきと考えますか。
※〇は1つだけ

1. 全ての患者で実施すべき（抗がん剤の無菌調製は対象患者のみ）
2. 患者ごとに必要な業務を実施すべき
3. 医師等から依頼があれば実施すべき
4. 実施すべきだとは思わない

【すべての方にお伺いします】

⑦入院時における持参薬の確認は行っていますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. よく行っている | 2. ときどき行っている |
| 3. あまり行っていない | 4. 行っていない |

⑧残薬の状況について、医師への情報提供を行っていますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. よく行っている | 2. ときどき行っている |
| 3. あまり行っていない | 4. 行っていない |

⑨多剤投薬の患者の処方調整にあたり、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方について、医師への情報提供を行っていますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. よく行っている | 2. ときどき行っている |
| 3. あまり行っていない | 4. 行っていない |

⑩当該病棟でのカンファレンスに薬剤師は参加していますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. ほぼ全てに参加している | 2. 状況に応じて参加している |
| 3. ほとんど参加していない | |

⑪当該病棟での医師の回診に薬剤師は同行していますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. ほぼ全てに同行している | 2. 状況に応じて同行している |
| 3. ほとんど同行していない | |

⑫当該病棟における処方内容の確認や薬剤の交付準備業務はどのように実施していますか。 ※最も多いもの1つだけに〇

1. 主に薬剤師が行う
2. 主に看護職員が行う
3. 主にその他職員が行う
4. 主に薬剤師と看護職員が共同・分担して行う
5. 主に薬剤師とその他職員が共同・分担して行う
6. 主に看護師とその他職員が共同・分担して行う
7. その他（誰がどのように：)

※以下の質問⑬～⑰は病棟薬剤業務実施加算を別途算定することができない患者のみが入院している病棟で病棟薬剤業務を実施している方のみお答えください。それ以外の方はここで終わりです。

⑬算定している入院料（入院基本料、特定入院料等）のうち最も多いものを1つ教えてください。

（例：回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料 等）

⑭病棟薬剤業務を実施することでどのような効果がありましたか。※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1. 患者の薬に関する知識とアドヒアランスが向上した | 2. 医師の業務負担が軽減した |
| 3. 看護職員の業務負担が軽減した | 4. 薬剤関連のインシデントが減少した |
| 5. 薬物治療の質が向上した | 6. 患者のQOLが向上した |
| 7. 薬剤種類数が減少した | |
| 8. その他（具体的に | ） |

⑮当該病棟は、病棟薬剤業務実施加算を算定することができませんが、なぜ実施しているのですか。※○は1つだけ

- | |
|---|
| 1. 病棟薬剤業務実施加算を算定している患者と同様に薬学的管理が必要であるため |
| 2. 病棟薬剤業務実施加算を算定している患者以上に薬学的管理が必要な患者がいるため |
| 3. その他（具体的に |

⑯病棟薬剤業務の実施はどのような点で重要だと思いますか。具体的にお書きください。

--

⑰これらの病棟でも病棟薬剤業務を積極的に実施すべきだと思いますか。※○は1つだけ

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 全ての患者で実施すべき | 2. 患者ごとに必要な業務を実施すべき |
| 3. 医師等から依頼があれば実施すべき | 4. 実施すべきだとは思わない |
| 5. その他（具体的に | ） |

質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

平成 28 年*月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「夜間の看護要員配置における要件等の見直しの影響及び医療従事者の負担軽減にも資するチーム医療の実施状況調査」へのご協力のお願い(案)

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 28 年 4 月の診療報酬改定においては、医療従事者の負担を軽減する観点から、医師事務作業補助者や看護補助者の配置に係る評価、特定集中治療室等における薬剤業務に対する評価、栄養サポートチームにおける歯科医師との連携に係る評価等について見直しが行われました。また、看護職員の月平均夜勤時間に係る要件等の見直しや夜間の看護体制の評価等が行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 28 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、全国の保険医療機関を対象に、医療従事者の勤務状況やチーム医療の実施状況等について調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

平成 28 年*月*日（*）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-1 1-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの
大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査」
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 28 年度診療報酬改定では、療養上の指導・健康管理等を継続的に実施し、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能に対する評価の充実が図られた。また、医療保険制度改革法を踏まえ、紹介状なしの大病院受診について、定額負担が導入された。

本調査では、このような診療報酬改定の内容を踏まえ、認知症や慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医の対応やかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所における口腔疾患や口腔機能の重症化予防の実施状況、一定規模以上の保険医療機関における定額負担の状況等を把握し、改定の結果検証を行う。

<調査のねらい>

- ・ 診療所及び 200 床未満の病院における地域包括診療料等の届出状況及び診療の状況の把握
- ・ 地域包括診療料や認知症地域包括診療料等を算定する患者が有する疾患や投薬の状況の把握
- ・ 小児かかりつけ診療料の届出医療機関における地域医療・地域保健への取組状況等の把握
- ・ 大病院における紹介状なし受診時の定額負担の徴収状況等の把握及び 200 床以上の病院における紹介状なし受診時の選定療養費の徴収状況等の把握
- ・ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所における歯科訪問診療の実施状況及び地域の医療機関・保健医療サービス・福祉サービスとの連携状況等の把握
- ・ エナメル質初期う蝕管理加算等を算定する患者の状況及び重症化予防に対する取組内容等の把握
- ・ かかりつけ医とかかりつけ歯科医の機能に関する患者の意向等の把握 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<かかりつけ医調査>

- ・ ①全国の在宅療養支援診療所（在支診）の中から無作為抽出した 500 施設、②在支診以外の時間外対応加算 1 又は 2 の届出施設の中から無作為抽出した 600 施設、③在宅療養支援病院の中から無作為抽出した 400 施設。①～③合わせて 1,500 施設程度。

<小児科調査>

- ・ 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出施設の中から無作為抽出した 500 施設程度。

<大病院調査及び 200 床以上の病院調査>

- ・ 大病院調査については、①特定機能病院（悉皆）、②一般病床が 500 床以上の地域医療支援病院（悉皆）。200 床以上の病院調査については、③一般病床が 200 床以上の病院（①及び②を除く）の中から無作為抽出した病院。①～③合わせて 800 施設程度。

<かかりつけ歯科医機能調査>

- ・ ①かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の届出施設 1,000 施設、②全国の歯科診療所（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を除く）の中から無作為抽出した 500 施設程度。①②合わせて 1,500 施設程度。
- ・ 上記施設において調査期間中にエナメル質初期う蝕管理加算を算定した患者、歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した患者、各 1 名。

○調査方法（案）

- ・ かかりつけ医調査、小児科調査、大病院調査及び 200 床以上の病院調査、かかりつけ歯科医機能調査については、施設宛の自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ 患者調査については、自記式調査票（患者票）の配布はかかりつけ歯科医機能調査の対象施設（歯科診療所）を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で行う。

■ 調査項目

※調査票（案） 参照

■ 調査スケジュール（案）

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査票案の作成	→							
調査客体の抽出・名簿作成		→						
調査票印刷・封入・発送			→					
調査期間			→					
督促状印刷・発送				→				
調査票回収・検票				→				
データ入力 データクリーニング				→				
集計・分析					→			
報告(案)の作成						→		
追加分析							→	
補足報告(案)の作成							→	→
調査検討委員会の開催	★						★	

ID

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
かかりつけ医に関する評価等の影響調査 調査票（案）

- ※ この調査票は、病院・一般診療所の開設者・管理者の方に、地域包括診療料・地域包括診療加算等の算定状況や外来診療の対象患者の状態等についてお伺いするものです。
- ※ 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、用語等をお書きください。（ ）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「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 28 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概要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 ※○は1つだけ	01. 国	02. 公立・公的	03. 社会保険関係団体									
	04. 医療法人	05. 個人	06. その他の法人									
④標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	01. 内科	02. 外科	03. 整形外科	04. 脳神経外科	05. 小児科	06. 呼吸器科	07. 消化器科	08. 循環器科	09. 精神科	10. 眼科	11. 皮膚科	12. 耳鼻咽喉科
	13. 泌尿器科	14. リハビリテーション科										
	15. 歯科（歯科口腔外科等含む）											
	16. その他（具体的に)											
⑤医療機関の種別 ※○は1つだけ	01. 病院		02. 有床診療所			03. 無床診療所						
⑥【病院・有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。												
一般病床	療養病床		(うち) 介護療養病床		精神病床	感染症病床	結核病床	全体				
床	床	床	床	床	床	床	床	床	床			
⑦全職員数（常勤換算*1）をご記入ください。※小数点以下第1位まで												
医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	リハビ リ職 *2	管理 栄養士	その他 の医療 職*3	社会 福祉士	その他 の職員	計		
*1 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■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 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。 *3 その他の医療職とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。												
⑧常勤の医師数	() 人											
⑨外来を担当する医師の人数	常勤 () 人					非常勤（常勤換算）(.) 人						
⑩慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無 ※○は1つだけ	01. あり					02. なし						
⑪日本医師会の認知症に係る研修*4を修了した医師の有無 ※○は1つだけ	01. あり					02. なし						

*4 都道府県及び指定都市が認知症地域医療支援事業として実施する研修事業で「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」があります。

⑫敷地内禁煙の状況 ※○は1つだけ	01. 敷地内禁煙	02. 敷地内禁煙ではない
⑬在支病・在支診の状況 ※○は1つだけ	01. 機能強化型（単独型）在宅療養支援病院・診療所である	02. 機能強化型（連携型）在宅療養支援病院・診療所である
	03. 機能強化型以外の在宅療養支援病院・診療所である	04. 在宅療養支援病院・診療所ではない
⑭【診療所】時間外対応加算の種類 ※○は1つだけ	01. 時間外対応加算 1	02. 時間外対応加算 2
	03. 時間外対応加算 3	04. 届出なし
⑮外来における院内・院外処方状況 ※○は1つだけ	01. 主として院内処方	02. 主として院外処方
⑯連携している24時間対応の薬局の有無 ※○は1つだけ	01. あり	02. なし

2. 地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況等についてお伺いします。

【すべての施設の方】

①貴施設では、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出をしていますか。 ※○は1つだけ

01. 地域包括診療料の届出をしている（→この後、3ページの質問⑤へお進みください）

02. 地域包括診療加算の届出をしている（→この後、4ページの質問⑦へお進みください）

03. 地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれも届出をしていない

【地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれも届出をしていない病院・診療所の方】

②地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていないのはなぜですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 施設基準の要件を満たせないから

02. 算定対象の疾患が4疾患に限られているから

03. 外来患者に算定対象となる患者がいらないから・少ないから

04. 他の医療機関への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師にとって負担が重いから

05. 患者の自己負担額が重くなることは医師としてできるだけ避けたいから

06. 患者に地域包括診療料・地域包括診療加算の意義を理解してもらうのが大変だと思うから

07. 患者本人や家族の承諾が見込めないから

08. 経営上のメリットが少ないから

09. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから

10. その他（具体的に _____）

②-1 上記②のうち、届出をしなかった理由として**最大の理由**は何ですか。
※上記 01.~10.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。

【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない病院・診療所の方】

③貴施設が、地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の届出を行うとした場合に**厳しい要件**は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

00. 厳しい要件はない→3ページの質問④へ

01. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること

02. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること

03. 対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること

04. 敷地内が禁煙であること

05. 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること

06. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること

07. 介護保険関係の要件（※）の1つを満たしていること

08. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること

→選択肢は次ページに続きます

<p>09. (病院の場合) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること</p> <p>10. (病院の場合) 在宅療養支援病院であること</p> <p>11. (診療所の場合) 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること</p> <p>12. (診療所の場合) 常勤の医師が 2 名以上配置されていること</p> <p>13. (診療所の場合) 在宅療養支援診療所であること</p> <p>14. その他 (具体的に)</p> <p>15. わからない→質問④へ</p>	
<p>③-1 上記③のうち、最も厳しい施設基準の要件は何ですか。 ※上記 01.~14.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

※介護保険関係の要件：

- ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供、②地域ケア会議に年 1 回以上出席、③居宅介護支援事業所の指定、④介護保険の生活期リハの提供、⑤介護サービス事業所の併設、⑥介護認定審査会に参加、⑦所定の研修を受講、⑧医師がケアマネージャーの資格を有している、⑨(病院の場合) 総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定

<p>【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない病院・診療所】</p> <p>④貴施設では、今後、地域包括診療料・地域包括診療加算の届出を行う意向がありますか。 ※〇は1つだけ</p>
<p>01. 届出予定がある→届出予定時期：平成 () 年 () 月頃</p> <p>02. 届出について検討中</p> <p>03. 届出の予定はない</p> <p>04. その他 (具体的に)</p>

→この後は、7ページの質問5. ①へお進みください。

<p>【地域包括診療料の届出をしている病院・診療所】</p> <p>⑤地域包括診療料の届出を行う上で苦労した施設基準の要件は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇</p>	
<p>00. 特に苦労した施設基準の要件はなかった→質問⑥へ</p> <p>01. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること</p> <p>02. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること</p> <p>03. 対象患者に対し院外処方を行う場合は 24 時間対応をしている薬局と連携していること</p> <p>04. 敷地内が禁煙であること</p> <p>05. 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること</p> <p>06. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること</p> <p>07. 介護保険関係の要件 (※) の 1 つを満たしていること</p> <p>08. 在宅医療の提供及び対象患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示していること</p> <p>09. (病院の場合) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること</p> <p>10. (病院の場合) 在宅療養支援病院であること</p> <p>11. (診療所の場合) 時間外対応加算 1 の届出を行っていること</p> <p>12. (診療所の場合) 常勤の医師が 2 名以上配置されていること</p> <p>13. (診療所の場合) 在宅療養支援診療所であること</p> <p>14. その他 (具体的に)</p>	
<p>⑤-1 上記⑤のうち、最も苦労した施設基準の要件は何ですか。 ※上記 01.~14.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

※③-1 の下 (※部分) 参照

<p>【地域包括診療料の届出をしている病院・診療所】</p> <p>⑥地域包括診療料の届出時期はいつですか。</p>
<p>平成 () 年 () 月</p>

→この後は、4ページの質問3. ①へお進みください。

【地域包括診療加算の届出をしている診療所】	
⑦地域包括診療加算の届出を行う上で苦勞した施設基準の要件は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
00. 特に苦勞した施設基準の要件はなかった→質問3. ①へ 01. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること 02. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること 03. 対象患者に院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること 04. 敷地内が禁煙であること 05. 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること 06. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること 07. 介護保険関係の要件（※）の1つを満たしていること 08. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること 09. 時間外対応加算1又は2の届出を行っているか、または常勤の医師が2名以上配置されているか、あるいは退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であるか、いずれか1つの要件を満たすこと 10. その他（具体的に _____ ）	
⑦-1 上記⑦のうち、最も苦勞した施設基準の要件は何ですか。 ※上記01.~10.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	

※3ページの③-1の下（※部分）参照

【地域包括診療料・地域包括診療加算の届出施設の方にお伺いします。】

3. 地域包括診療料・地域包括診療加算の実施状況等についてお伺いします。

①平成28年9月1か月間の外来患者数（在宅医療の患者を含まない）についてお答えください。	
1) 初診患者数	() 人
2) 再診延べ患者数	() 人
3) 初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース） ※月に2回以上の再診があった場合でも「1人」と数えてください。	() 人
4) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者数（診療録ベース）	() 人
5) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した延べ患者数 ※算定回数ではなく実際の診療日数をすべて計上してください。	() 人
6) 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算を算定した患者数 （診療録ベース） ※算定が2回でも「1人」と数えてください。	() 人
7) 上記6)のうち、半年以内に「認知症療養指導料」を算定した患者数 （診療録ベース）	() 人
8) 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算を算定した延べ患者数 ※算定回数ではなく実際の診療日数をすべて計上してください。	() 人
②平成28年4月以降、地域包括診療料・地域包括診療加算の算定要件を満たしている患者のうち、地域包括診療料・地域包括診療加算の説明を行った患者の割合は何割くらいですか。	
対象患者のうち、約 () 割の患者に説明	
③上記②で説明を行った患者のうち、地域包括診療料・地域包括診療加算の同意を得られた患者の割合は何割くらいですか。	
説明を行った患者のうち、約 () 割の患者が同意	

④平成 28 年 4 月以降、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の算定要件を満たしている患者のうち、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の説明を行った患者の割合は何割くらいですか。

対象患者のうち、約（ ）割の患者に説明

⑤上記④で説明を行った患者のうち、認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の同意を得られた患者の割合は何割くらいですか。

説明を行った患者のうち、約（ ）割の患者が同意

⑥平成 28 年 9 月 1 か月間における、以下の診療等を担当した医師についてお答えください。

1) 地域包括診療料または地域包括診療加算の算定が 1 回以上あった医師の人数	常勤（ ）人	非常勤（ ）人
2) 認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算の算定が 1 回以上あった医師の人数	常勤（ ）人	非常勤（ ）人

⑦平成 28 年 9 月 1 か月間に、認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算の算定実績のあった診療科はどこですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 内科 02. 外科 03. 整形外科 04. 脳神経外科 05. 小児科
 06. 呼吸器科 07. 消化器科 08. 循環器科 09. 精神科 10. 眼科
 11. 皮膚科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. リハビリテーション科
 15. その他（具体的に)

⑧平成 28 年 9 月 1 か月間に、地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者のことで、連携した医療機関数等をお答えください。

1) 算定患者の健康相談に対応した結果、紹介した医療機関（病院・診療所）数	（ ）施設
2) 算定患者の認知症診断等を依頼した医療機関（病院・診療所）数	（ ）施設
3) 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関数	（ ）施設
4) 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局数	（ ）施設
5) 算定患者を紹介した歯科の医療機関数	（ ）施設
6) 算定患者についてカンファレンスや情報共有している居宅介護支援事業所数	（ ）事業所

⑨地域包括診療料・地域包括診療加算を算定する上で、お困りになっていることがありましたらお書きください。

【地域包括診療料の届出施設の方にお伺いします。】

※他の施設の方は7ページの質問5. ①へお進みください。

4. 地域包括診療料の取組についてお伺いします。

①地域包括診療料を算定している患者に対して、定期的を実施していることは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 血圧・脈拍の測定	02. 採血・血液検査	03. 尿検査	04. 骨密度測定
05. 認知症の指導・管理	06. 健康相談	07. 栄養指導	08. 運動指導
09. 口腔衛生指導			
10. その他（具体的に _____)			

②地域包括診療料を算定している患者に対して、診療・診断・指導等に携わっている職種は誰ですか。
※あてはまる番号すべてに○

01. 保健師	02. 看護師・准看護師	03. 管理栄養士・栄養士	04. 歯科医師
05. 歯科衛生士	06. 社会福祉士	07. リハビリ職	
08. その他（具体的に _____)			

③地域包括診療料を算定している患者の1回あたりの診療時間等（医師以外の職種による指導や検査、相談対応時間等を含みます）は平均どのくらいですか。

(_____) 分

③-1 上記③のうち、医師が直接携わる診療時間は患者1人あたり平均どのくらいですか。

(_____) 分

④地域包括診療料の影響・効果についてお答えください。

	あてはまる	はまる い え ば あ て	ど ち ら か と	は ま ら な い	い え ば あ て	ど ち ら か と	な い	あ て は ま ら な い	い な い	算 定 患 者 が わ か ら な い
1) 算定患者の他院受診状況を把握するようになった	1	2	3	4	5					
2) 算定患者の内服薬の管理がしやすくなった	1	2	3	4	5					
3) 算定患者の疾病管理が適切にできるようになった	1	2	3	4	5					
4) 算定患者の健康相談の時間を十分に確保できるようになった	1	2	3	4	5					
5) 算定患者の重症化予防が適切にできるようになった	1	2	3	4	5					
6) 算定患者の満足度が高まった	1	2	3	4	5					

【すべての施設の方にお伺いします。】

5. 地域包括診療料・地域包括診療加算に関するお考え等についてお伺いします。

①地域包括診療料・地域包括診療加算等を算定していない患者に対しても、必要に応じて行っていることは何ですか。

※あてはまる番号すべてに○

01. 担当医を決める
02. 患者が受診している全ての医療機関を把握する
03. 患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録に記載している
04. 原則として院内処方を行う
05. 院外処方の場合は24時間開局している薬局のリストを渡している
06. 患者にお薬手帳を持参するように指導している
07. 患者の健康相談や健康状態の管理を行っている
08. 患者・家族等の介護保険に関する相談を行っている
09. 要介護認定に係る主治医意見書を作成している
10. 患者に対し在宅医療を提供したり、24時間の対応を実施し、夜間の連絡先も含めて患者に対して説明と同意を求めている
11. その他（具体的に _____)

②かかりつけ医としての機能を強化していく上で、どのような取組・患者対応をしていくことが必要とご思いますか。

③地域包括診療料・地域包括診療加算について、ご意見・ご要望等がございましたら、お書きください。

④平成 28 年 9 月に貴施設が診察した外来患者のうち、1) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者 5 名 (a)、2) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していないものの、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の 4 疾患のうち 2 疾患以上を有する患者 5 名 (b) について、受診日が早い順に下記の項目についてお書きください。

※同月に同じ患者が複数回受診しても 1 人となります。(患者 1 人につき 1 行でお答えください)。

※調査期間中に 5 名に達しない場合は、5 名に満たなくても結構です。(地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない場合は、(b) に該当する 5 名の患者のみご記入ください。)

A. 性別		B. 年齢(歳)	C. 4 疾患の状況				D. C 以外の慢性疾患がある場合に○	E. C 以外の慢性疾患 (C の 4 疾患を除く)											F. 地域包括診療料・地域包括診療加算の算定開始からの経過期間(か月)	G. 550 点以上の検査・画像診断・処置がある場合に○	H. 550 点未満の検査・画像診断・処置がある場合に○	I. 院外処方・院内処方の別		J. 内服薬数(剤)(他院について把握していない場合は「-」と記入)		K. 地域包括診療料等の算定当初と比較した内服薬の数(患者の受診するすべての医療機関から処方された内服薬の総数)			L. K. で「増えた」「減った」と回答した場合、その主な理由に一つだけ○			M. 一か月間の延べ通院回数 ※他の医療機関への通院回数含む	N. 通院している医療機関数(把握していない場合は「-」と記入)

(a) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定した患者 5 名についてお答えください。

1	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			
2	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			
3	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			
4	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			
5	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2			1	2	3	1	2	3			

(b) 地域包括診療料・地域包括診療加算を算定していないものの、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の 4 疾患のうち 2 疾患以上を有する患者 5 名についてお答えください。

1	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												
2	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												
3	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												
4	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												
5	1	2		1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				1	2												

⑤平成 28 年 9 月に貴施設が診察した外来患者のうち、(c) 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算を算定した患者 5 名について、受診日が早い順に下記の項目についてお書きください。

※同月に同じ患者が複数回受診しても 1 人となります。(患者 1 人につき 1 行でお答えください)。

※調査期間中に 5 名に達しない場合は、5 名に満たなくても結構です。

A. 性別		B. 年齢(歳)	C. 認知症高齢者の日常生活自立度	D. 認知症以外の 3 疾患の状況			E. D 以外の慢性疾患がある場合に○	F. D 以外の慢性疾患 (D の 3 疾患を除く)											G. 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算の算定開始からの経過期間(か月)	H. 過去に地域包括診療料・地域包括診療料算の算定がある場合に○	I. 院外処方・院内処方の別		J. 内服薬数(剤)(他院について把握していない場合は「-」と記入)		K. 認知症地域包括診療料等の算定前と比較した内服薬の数(患者の受診するすべての医療機関から処方された内服薬の総数)	L, K. で「増えた」「減った」と回答した場合、その主な理由に「-」だけ○			M. 一か月間の延べ通院回数 ※他の医療機関への通院回数含む	N. 通院している医療機関数(把握していない場合は「-」と記入)					
男性	女性			01. II a	02. II b	03. III a		04. III b	05. IV	06. M	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	循環器疾患	腎疾患	呼吸器疾患	消化器疾患	内分泌疾患			運動器疾患	精神・神経疾患	泌尿器疾患	感覚器疾患		皮膚疾患	その他	院外			院内	自院	他院	増えた	変わらない
1	1	2			1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			1	2			1	2	3	1	2	3				
2	1	2			1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			1	2			1	2	3	1	2	3				
3	1	2			1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			1	2			1	2	3	1	2	3				
4	1	2			1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			1	2			1	2	3	1	2	3				
5	1	2			1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			1	2			1	2	3	1	2	3				

(c) 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算を算定した患者 5 名についてお答えください。

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

かかりつけ医に関する評価等の影響調査 小児科調査票（案）

- ※ この「小児科調査票」は、一般診療所の開設者・管理者の方に、小児外来診療における診療体制や取組、患者の状態等についてお伺いするものです。
- ※ 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、用語等をお書きください。（ ）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「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 28 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概要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 ※○は1つだけ	01. 国	02. 公立・公的	03. 社会保険関係団体							
	04. 医療法人	05. 個人	06. その他の法人							
④医療機関の種別 ※○は1つだけ	01. 有床診療所		02. 無床診療所							
⑤標榜診療科 ※○はいくつでも	01. 小児科	02. 小児外科	03. 内科	04. 外科						
	05. 呼吸器科	06. アレルギー科	07. 皮膚科	08. 耳鼻科						
	09. その他（具体的に)
⑥【有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。										
一般病床		療養病床			(うち) 介護療養病床			全体		
床		床			床			床		
⑦全職員数（常勤換算*1）をご記入ください。※小数点以下第1位まで										
医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	リハビ リ職 *2	管理 栄養士	その 他の 医療 職 *3	社会 福祉士	その 他の 職員	計
.
*1 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■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 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。 *3 その他の医療職とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。										
⑧専ら小児科を担当する医師数		常勤 () 人		非常勤 () 人						
⑨専ら小児外科を担当する医師数		常勤 () 人		非常勤 () 人						
⑩時間外対応加算の種類 ※○は1つだけ		01. 時間外対応加算 1			02. 時間外対応加算 2					
		03. 時間外対応加算 3			04. 届出なし					
⑪在支診の状況 ※○は1つだけ		01. 機能強化型（単独型）在宅療養支援診療所である								
		02. 機能強化型（連携型）在宅療養支援診療所である								
		03. 機能強化型以外の在宅療養支援診療所である								
		04. 在宅療養支援診療所ではない								

⑫外来における院内・院外処方の状況 ※〇は1つだけ	01. 主として院内処方	02. 主として院外処方
⑬連携している24時間対応の薬局の有無 ※〇は1つだけ	01. あり→()薬局	02. なし
⑭在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加状況 ※〇は1つだけ	01. 参加あり→休日又は夜間の診療回数()/月 ※平成28年9月1か月間	
⑮市町村の乳幼児健康診査の実施 ※〇は1つだけ	01. あり	02. なし
⑯乳幼児に対する定期予防接種の実施 ※〇は1つだけ	01. あり	02. なし
⑰園医又は保育所の嘱託医の就任の有無 ※〇はいくつでも	01. 園医	02. 保育所の嘱託医
	03. 園医・嘱託医ではない	
⑱平成28年4月～平成28年9月の6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する往診・訪問診療の提供実績	患者数ベース()人/6か月間	
⑲平成28年4月～平成28年9月の6か月間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する訪問看護の提供実績	患者数ベース()人/6か月間	

2. 小児かかりつけ診療料の取組状況等についてお伺いします。

①小児かかりつけ診療料の届出時期	平成28年()月
------------------	-----------

②小児かかりつけ診療料の算定実績がある医師の人数	()人 このうち小児科の医師→()人
--------------------------	-------------------------

③平成28年9月1か月間の15歳未満の外来患者数（在宅医療の患者を含まない）についてお答えください。	
1) 初診患者数（15歳未満に限る）	()人
2) 再診延べ患者数（15歳未満に限る）	()人
3) 初診・再診を行った患者の実人数（診療録ベース） ※月に2回以上の再診があった場合でも「1人」と数えてください。	()人
4) 上記3)のうち、未就学児の患者の実人数（診療録ベース）	()人
5) 上記4)のうち、小児かかりつけ診療料を算定した患者の実人数（診療録ベース）	()人
6) 小児かかりつけ診療料を算定した延べ患者数 ※同一患者に月に2回算定した場合は「2人」と数えてください。	()人

④小児かかりつけ診療料の「かかりつけ医」に同意している患者に関する取組についてお答えください。	
1) 平成28年4月以降、9月30日時点までに「小児かかりつけ診療料」に同意し1回以上「小児かかりつけ診療料」を算定した患者数（診療録ベース）	()人
2) 小児かかりつけ診療料を算定している患者で、専門医療機関を紹介した患者数 ※平成28年9月1か月間	()人
3) 小児かかりつけ診療料を算定している患者の電話による緊急の相談等の対応回数 ※平成28年9月1か月間	()回
4) 小児かかりつけ診療料を算定した患者の夜間緊急受診回数 ※平成28年9月1か月間	()回
5) 小児かかりつけ診療料を算定した患者から連絡があったが対応できなかった回数 ※平成28年9月1か月間	()回
6) 上記5)で、その後、患者にコールバックをした回数 ※平成28年9月1か月間	()回

⑤小児かかりつけ診療料を算定する患者について、貴施設が連携している医療機関数をお答えください。

	平成 27 年 9 月	平成 28 年 9 月
1) 貴施設にはない診療科を有する医療機関で、小児患者を紹介する 医科の医療機関数	() 軒	() 軒
2) 小児患者を紹介する歯科の医療機関数	() 軒	() 軒
3) 高度な専門診療を提供する医療機関で、小児患者を紹介する医療機関数	() 軒	() 軒
4) 小児患者のカルテ等の診療記録を共有している医療機関数	() 軒	() 軒

⑥小児患者を他の医療機関に紹介する際にお困りになっていることがあれば、具体的にお書きください。

⑦平成 28 年 4 月以降、小児かかりつけ診療料について説明を行ったものの患者の同意を得られないケースは、説明した患者の何割くらいありましたか。

約 () 割

⑧患者が同意しない場合、どのような理由によるものでしょうか。具体的にお書きください。

⑨貴施設では、小児かかりつけ診療料を算定している患者に対して、診療時間外である休日や深夜における緊急時の**最初の連絡**についてどのように案内していますか。 ※〇はいくつでも

01. 自院に連絡するよう案内している
→対応者：(01. 主に看護師等、医師以外が対応 02. 主に医師が対応)

02. 小児救急電話相談事業（#8000）に連絡するよう案内している

03. 救急（119 番）に連絡するよう案内している

04. 小児科の輪番病院・診療所を受診するよう案内している

05. その他（具体的に)

⑩貴施設では、小児かかりつけ診療料を算定している患者について、貴施設の専門外である診療科の他院受診状況を把握していますか。 ※〇は1つだけ

01. 把握している・概ね把握している 02. 把握していない (→この後は 4 ページの質問⑪へ)

【他院受診状況を把握している場合】

⑩-1 小児かかりつけ診療料を算定している患者が、貴施設の専門外である診療科のある他院を受診した場合、どのように対応していますか。 ※最も多いものに〇は1つだけ

01. 他院に照会し、治療内容や投薬状況を把握するようになっている

02. 患者から治療内容や投薬状況を報告してもらうようになっている

03. その他（具体的に)

⑪「小児かかりつけ診療料」の影響・効果についてお答えください。							
	あてはまる	はまる いえばあて どちらかと	いえばあて はまらない	どちらかと いえばあて はまらない	あてはまら ない	算定患者が いない	わからない
1) 小児患者について専門医療機関との連携が増えた	1	2	3	4	5		
2) 小児患者の家族からの健康相談が増えた	1	2	3	4	5		
3) 小児患者の他院での受診状況などを把握するようになった	1	2	3	4	5		
4) 小児患者の予防接種履歴を把握し、そのスケジュール管理等に関する助言を行うようになった	1	2	3	4	5		
5) 医師による地域の保健活動への参加が増えた	1	2	3	4	5		
6) 小児患者の継続的な管理がしやすくなった	1	2	3	4	5		

⑫小児かかりつけ診療料の算定が可能な年齢の範囲について、どのようにお考えになりますか。

⑬小児かかりつけ医を推進する上で、どのような課題がありますか。

⑭平成 28 年 9 月に貴施設が診察した外来患者のうち、小児かかりつけ診療料を算定した患者 5 名について、診察日が早い順に下記の項目についてお書きください。

※同月に同じ患者が複数回受診しても 1 人となります。(患者 1 人につき 1 行でお答えください)。

※調査期間中に 5 名に達しない場合は、5 名に満たなくても結構です。

	A. 性別		B. 生年月日 (平成でお書きください)	C. 継続的な管理等が必要な慢性疾患がある場合は○	D. 管理を必要とする疾患												E. 受診医療機関数 (自院を除く、歯科を含む) (施設)	F. 小児かかりつけ診療料を算定した最初の月 (月)	G. (算定開始以降 28 年 9 月末まで、以下同様) 受診回数 (回)	H. 診療時間外における電話等による緊急の相談対応回数 (回)	I. 診療時間外における緊急時の診療対応回数 (回)	J. 救急搬送等による緊急の他院受診回数 (回)	K. 予防接種の回数		L. 健康診査の回数		M. 処方薬数											
	男性	女性			アトピー性皮膚炎	喘息	呼吸器疾患 (喘息以外)	消化器疾患	循環器疾患	内分泌疾患	運動器疾患	精神・神経疾患	泌尿器疾患	感覚器疾患	皮膚疾患 (アトピー性皮膚炎以外)	その他							自院が実施したもの (回)	他院が実施したもの (回)	自院が実施したもの (回)	他院が実施したもの (回)	院内処方した薬剤数 (剤)	院外処方した薬剤数 (剤)	他院による処方薬数 (剤)									
1	1	2	()年()月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12()																						
2	1	2	()年()月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12()																						
3	1	2	()年()月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12()																						
4	1	2	()年()月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12()																						
5	1	2	()年()月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12()																						

⑧貴施設では外来分離 ^{注1} をしていますか。	
01. 外来分離をしている	02. 外来分離をしていない
⑨専門外来の設置数 ^{注2}	()
⑩貴施設には総合診療部門・総合診療科（名称不問）がありますか。ある場合は、その機能についてもお答えください。	
01. ない	
02. ある →質問⑩-1 総合診療部門・総合診療科の機能 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 特定診療科が決まっていない者の初診や振り分け	
02. 複数診療科間の調整	
03. その他→（具体的に)	

注1 外来分離：入院を行う医療機関及び医療従事者と外来を行う医療機関及び医療従事者を分けるなど、病院から外来機能を外すことを指します。

注2 専門外来の設置数：診療科とは別に、特定の臓器や病気・症状等について専門的な診断・治療をすることを目的に「〇〇（専門）外来」と名称を付けて、外来患者を診療している外来部門の設置数を指します。

2. 貴施設における受診時の定額負担の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設では、紹介状を持たない初診患者から受診時の定額負担を徴収する制度を導入していますか。	
01. 導入している	
02. 導入していない（→この後は、4ページの質問②へお進みください）	

【初診時の定額負担を導入している施設の方】

①-1 貴施設では、いつから、初診に係る受診時の定額負担（平成28年3月以前の選定療養費の徴収を含む）を導入していますか。			
平成（ ）年（ ）月頃			
①-2 平成28年4月以降に、初診に係る受診時の定額負担の金額を変更しましたか。金額変更をした場合、その時期についてもお答えください。			
01. 変更した→変更時期：平成28年（ ）月			
02. 変更していない			
①-3 平成28年4月以降、初診に係る受診時の定額負担を導入・変更する際に体制整備やシステム改修など、取り組んだことはありましたか。あった場合、その内容を具体的にお書きください。			
01. あった→取り組んだ内容：（)			
02. なかった			
①-4 【公立病院の方にお伺いします】平成28年4月以降、初診に係る受診時の定額負担を導入・変更する条例改正はありましたか。あった場合、その時期と内容を具体的にお書きください。			
01. あった→時期：平成28年（ ）月 内容：（)			
02. なかった			
①-5 貴施設では、初診に係る受診時の定額負担の金額（単価、消費税込み）をいくらに設定していますか。なお、医科で複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをお書きください。			
	平成27年10月	平成28年4月	平成28年10月
定額負担の単価（医科、消費税込み）	円	円	円
定額負担の単価（歯科、消費税込み）	円	円	円

①-6 上記①-5でお答えいただいた金額を決める際に参考にしたものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

- 00. 特に参考にしたものはない
- 01. 近隣医療機関での初診時選定療養費の金額
- 02. 同規模の医療機関での初診時選定療養費
- 03. 同一法人内での価格
- 04. 外来患者1人あたりの単価
- 05. 病院団体等のアンケート調査結果
- 06. 過去の経験により、紹介状を持たない初診患者を縮小する上で効果があると考えた金額
- 07. 近隣の診療所を一度受診した場合に要する金額
- 08. 告示上の最低金額
- 09. その他→（具体的に _____）

①-7 貴施設における、平成27年10月、平成28年4月、平成28年10月の初診患者数、定額負担徴収患者数、紹介率、逆紹介率等をご記入ください。 ※紹介率、逆紹介率は小数点以下第2位を四捨五入し第1位までを記入

	平成27年10月	平成28年4月	平成28年10月
1) 初診患者数	人	人	人
うち、紹介状なしの患者数	人	人	人
うち、定額負担徴収の対象患者数	人	人	人
うち、定額負担徴収患者数	人	人	人
2) 紹介率 ^{注3}	%	%	%
3) 逆紹介率 ^{注3}	%	%	%

注3 紹介率：(紹介患者数+救急患者数) ÷ 初診の患者数 × 100 逆紹介率：逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数 × 100
 ※初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については診療報酬上の定義に従ってください。

①-8 紹介状を持たない患者であるものの、初診に係る受診時の定額負担を徴収しない患者として、どのような患者がありますか。
 ※あてはまる番号すべてに○。なお、選択肢14.又は15.に○をした場合は、()に平成28年10月1か月間の該当患者数をご記入してください。

- 01. 救急の患者
- 02. 公費負担医療の対象患者
- 03. 無料低額診療事業の対象患者
- 04. HIV感染者
- 05. 自院の他の診療科を受診中の患者
- 06. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- 07. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
- 08. 救急医療事業における休日夜間受診患者
- 09. 周産期事業等における休日夜間受診患者
- 10. 外来受診後そのまま入院となった患者
- 11. 治験協力者である患者
- 12. 災害により被害を受けた患者
- 13. 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- 14. 保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者→該当患者数 ()人
- 15. 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者→該当患者数 ()人
 →（具体的に _____）
- 16. 説明しても同意が得られない患者
- 17. 総合診療科を受診した患者
- 18. その他→（具体的に _____）

①-9 初診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更をする際にお困りになったことはありますか。ある場合、その内容を具体的に書きください。

- 01. ある→内容 [_____]
- 02. ない

①-10 初診に係る受診時の定額負担を徴収する際にお困りになったことはありますか。ある場合、その内容を具体的に書きください。
01. ある→内容 () 02. ない
①-11 貴施設では、今後、初診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定がありますか。変更する予定がある場合、その予定時期と金額（消費税込み）についてもお答えください。
01. 予定がある→変更予定時期：平成（ ）年（ ）月頃 金額：（ ）円 02. 予定はない
①-12 初診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。
01. とても進んだ 02. 一定程度進んだ 03. 変わらない 04. あまり進んでいない 05. 全く進んでいない 06. わからない
①-13 初診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。
01. とても軽減された 02. 一定程度軽減された 03. 変わらない 04. あまり軽減されていない 05. 全く軽減されていない 06. わからない
①-14 初診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。
01. 発生した 02. 発生していない 03. わからない

【すべての施設の方】

②貴施設では、他医療機関を紹介したにもかかわらず、貴施設に再診で受診した患者に対して、再診時の定額負担を導入していますか。
01. 導入している 02. 導入していない→（この後は、6 ページの質問 3. へお進みください）

【再診時の定額負担を導入している施設の方】

②-1 貴施設では、いつから、再診に係る受診時の定額負担（平成 28 年 3 月以前の選定療養費の徴収を含む）を導入していますか。
平成（ ）年（ ）月頃
②-2 貴施設は、平成 28 年 4 月以降に、再診に係る受診時の定額負担の金額を変更をしましたか。金額変更をした場合、その時期についてもお答えください。
01. 変更した→変更時期：平成 28 年（ ）月 02. 変更していない
②-3 平成 28 年 4 月以降、再診に係る受診時の定額負担を導入・変更する際に体制整備やシステム改修など、取り組んだことはありましたか。あった場合、その内容を具体的に書きください。
01. あった→取り組んだ内容：（ ） 02. なかった
②-4 【公立病院の方のみにお伺いします】平成 28 年 4 月以降、再診に係る受診時の定額負担を導入・変更する条例改正はありましたか。あった場合、その時期と内容を具体的に書きください。
01. あった→時期：平成 28 年（ ）月 内容：（ ） 02. なかった

②-5 貴施設では、 再診 に係る受診時の定額負担の金額（単価、消費税込み）をいくりに設定していますか。 なお、医科で複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをお書きください。			
	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
定額負担の単価（医科、消費税込み）	円	円	円
定額負担の単価（歯科、消費税込み）	円	円	円
②-6 上記②-5 でお答えいただいた 金額を決める際に参考にしたものは何ですか 。※あてはまる番号すべてに○			
00. 特に参考にしたものはない 01. 近隣医療機関での再診時選定療養費の金額 02. 同規模の医療機関での初診時選定療養費 03. 同一法人内での価格 04. 外来患者 1 人あたりの単価 05. 病院団体等のアンケート調査結果 06. 過去の経験により、他医療機関に紹介した患者の再診を減らす上で効果があると考えた金額 07. 告示上の最低金額 08. その他（具体的に _____ ）			
②-7 貴施設における、平成 27 年 10 月、平成 28 年 4 月、平成 28 年 10 月の 再診患者延べ人数、定額負担徴収患者数等 をご記入ください。			
	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
再診患者延べ人数	人	人	人
うち、他医療機関へ紹介したにもかかわらず貴施設を受診した患者数	人	人	人
うち、定額負担徴収の対象患者数	人	人	人
うち、定額負担徴収患者数	人	人	人
②-8 他医療機関を紹介したものの貴施設に再診で受診した患者で、 再診時に係る定額負担を徴収しない患者 として、どのような患者がありますか。 ※あてはまる番号すべてに○。なお、選択肢 14. 又は 15. に○をした場合は、（ ）に平成 28 年 10 月 1 か月間の該当患者数を記載してください。			
01. 救急の患者 02. 公費負担医療の対象患者 03. 無料低額診療事業の対象患者 04. HIV感染者 05. 自院の他の診療科を受診中の患者 06. 医科と歯科の間で院内紹介した患者 07. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 08. 救急医療事業における休日夜間受診患者 09. 周産期事業等における休日夜間受診患者 10. 外来受診後そのまま入院となった患者 11. 治験協力者である患者 12. 災害により被害を受けた患者 13. 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 14. 保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者→該当患者数（ _____ 人） 15. 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者→該当患者数（ _____ 人） →（具体的に _____ ） 16. 説明しても同意が得られない患者 17. 総合診療科を受診した患者 18. その他→（具体的に _____ ）			
②-9 再診に係る受診時の定額負担の 導入または金額変更をする際にお困りになったことはありますか 。ある場合、その内容を具体的にお書きください。			
01. ある→内容 _____ 02. ない			
②-10 再診に係る受診時の定額負担を 徴収する際にお困りになったことはありますか 。ある場合、その内容を具体的にお書きください。			
01. ある→内容 _____ 02. ない			

②-11 貴施設では、今後、再診に係る受診時の定額負担の金額を変更する予定がありますか。変更する予定がある場合、その予定時期と金額（消費税込み）についてもお答えください。		
01. 予定がある→変更予定時期：平成（ ）年（ ）月頃 金額：（ ）円		
02. 予定はない		
②-12 再診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。		
01. とても進んだ	02. 一定程度進んだ	03. 変わらない
04. あまり進んでいない	05. 全く進んでいない	06. わからない
②-13 再診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。		
01. とても軽減された	02. 一定程度軽減された	03. 変わらない
04. あまり軽減されていない	05. 全く軽減されていない	06. わからない
②-14 再診に係る受診時の定額負担の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。		
01. 発生した	02. 発生していない	03. わからない

3. 外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等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。

アンケートにご協力いただきまして誠にありがとうございました。

⑩貴施設には総合診療部門・総合診療科（名称不問）がありますか。ある場合は、その機能についてもお答えください。

01. ない
 02. ある →質問⑩-1 総合診療部門・総合診療科の機能 ※あてはまる番号すべてに○

01. 特定診療科が決まっていない者の初診や振り分け 02. 複数診療科間の調整
 03. その他→（具体的に _____ ）

2. 貴施設における受診時の特別な料金負担（初診時・再診時選定療養費）の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設では、初診時選定療養費（紹介状を持たない初診患者からの受診時の特別な料金負担、以下同様）を徴収する制度を導入していますか。

01. 導入している
 02. 導入していない（→この後は、4ページの質問①-15へお進みください）

【初診時選定療養費を導入している施設の方】

①-1 貴施設では、いつから、初診時選定療養費を導入していますか。

平成（ ）年（ ）月頃

①-2 貴施設は、平成28年4月以降に、初診時選定療養費の金額を変更しましたか。金額を変更した場合、その時期についてもお答えください。

01. 変更した→変更時期：平成28年（ ）月
 02. 変更していない

①-3 平成28年4月以降、初診時選定療養費を導入・変更する際に体制整備やシステム改修など、取り組んだことはありましたか。あった場合、その内容を具体的にお書きください。

01. あった→取り組んだ内容：（ ）
 02. なかった

①-4 【公立病院の方にお伺いします】
 平成28年4月以降、初診時選定療養費を導入・変更する条例改正はありましたか。あった場合、その時期と内容を具体的にお書きください。

01. あった→時期：平成28年（ ）月 内容：（ ）
 02. なかった

①-5 貴施設では、初診時選定療養費の金額（単価、消費税込み）をいくりに設定していますか。
 なお、医科で複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをお書きください。

	平成27年10月	平成28年4月	平成28年10月
初診時選定療養費の単価（医科、消費税込み）	円	円	円
初診時選定療養費の単価（歯科、消費税込み）	円	円	円

①-6 上記①-5でお答えいただいた金額を決める際に参考にしたものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

00. 特に参考にしたものはない
 01. 近隣医療機関での初診時選定療養費の金額
 02. 同規模の医療機関での初診時選定療養費 03. 同一法人内での価格
 04. 外来患者1人あたりの単価 05. 病院団体等のアンケート調査結果
 06. 過去の経験により、紹介状を持たない初診患者を縮小する上で効果があると考えた金額
 07. 近隣の診療所を一度受診した場合に要する金額 08. 大病院受診時の定額負担の最低金額
 09. その他→（具体的に _____ ）

①-12 初診時選定療養費の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。		
01. とても進んだ	02. 一定程度進んだ	03. 変わらない
04. あまり進んでいない	05. 全く進んでいない	06. わからない
①-13 初診時選定療養費の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。		
01. とても軽減された	02. 一定程度軽減された	03. 変わらない
04. あまり軽減されていない	05. 全く軽減されていない	06. わからない
①-14 初診時選定療養費の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。		
01. 発生した	02. 発生していない	03. わからない

→この後は、質問②へお進みください。

【初診時選定療養費を導入していない施設の方】

①-15 初診時選定療養費を導入する予定はありますか。	
01. 具体的な予定がある→平成（ ）年（ ）月頃に導入予定	
02. 時期は明確ではないが、導入する予定がある	
03. 検討中	
04. 導入する予定はない	
05. その他→（具体的に ）	
①-16 現在、初診時選定療養費を導入していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 患者が必要な治療を受けられなくなる恐れがあるため	
02. 外来患者数が減ると経営上困るため	
03. 徴収を巡る患者とのトラブルを避けるため	
04. 特定の疾患に特化した医療機関であり、周囲に当該疾患を診療する医療機関がないため →（具体的に ）	
05. 体制整備やシステム改修が終了していないため	
06. 条例改正が終了していないため	
07. その他→（具体的に ）	

【すべての施設の方】

② 貴施設では、再診時選定療養費（他医療機関を紹介したにもかかわらず、貴施設に再診で受診した患者に対する再診時の特別な料金負担、以下同様）を徴収する制度を導入していますか。	
01. 導入している	
02. 導入していない→（この後は、6 ページの質問②-15 へお進みください）	

【再診時選定療養費を導入している施設の方】

②-1 貴施設では、いつから、再診時選定療養費を導入していますか。	
平成（ ）年（ ）月頃	
②-2 貴施設は、平成 28 年 4 月以降に、再診時選定療養費の金額を変更しましたか。金額を変更した場合、その時期についてもお答えください。	
01. 変更した→変更時期：平成 28 年（ ）月	
02. 変更していない	
②-3 平成 28 年 4 月以降、再診時選定療養費を導入・変更する際に体制整備やシステム改修など、取り組んだことはありましたか。あった場合、その内容を具体的にお書きください。	
01. あった→取り組んだ内容（ ）	
02. なかった	

②-4 【公立病院の方のみにお伺いします】
平成 28 年 4 月以降、再診時選定療養費を導入・変更する条例改正はありましたか。あった場合、その時期と内容を具体的にお書きください。

01. あった→時期：平成 28 年（ ）月 内容：（ ）
02. なかった

②-5 貴施設では、再診時選定療養費の金額（単価、消費税込み）をいくらに設定していますか。
なお、医科で複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをお書きください。

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
再診時選定療養費の単価（医科、消費税込み）	円	円	円
再診時選定療養費の単価（歯科、消費税込み）	円	円	円

②-6 上記②-5 でお答えいただいた金額を決める際に参考にしたものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

00. 特に参考にしたものはない
01. 近隣医療機関での再診時選定療養費の金額
02. 同規模の医療機関での初診時選定療養費
03. 同一法人内での価格
04. 外来患者 1 人あたりの単価
05. 病院団体等のアンケート調査結果
06. 過去の経験により、他医療機関に紹介した患者の再診を減らす上で効果があると考えた金額
07. 大病院受診時の定額負担の最低金額
08. その他（具体的に ）

②-7 貴施設における、平成 27 年 10 月、平成 28 年 4 月、平成 28 年 10 月の再診患者延べ人数、再診時選定療養費の徴収患者数等をご記入ください。

	平成 27 年 10 月	平成 28 年 4 月	平成 28 年 10 月
再診患者延べ人数	人	人	人
うち、他医療機関へ紹介したにもかかわらず貴施設を受診した患者数	人	人	人
うち、再診時選定療養費の対象患者数	人	人	人
うち、再診時選定療養費の徴収患者数	人	人	人

②-8 他医療機関を紹介したものの貴施設に再診で受診した患者で、再診時選定療養費を徴収しない患者として、どのような患者がありますか。
※あてはまる番号すべてに○。なお、選択肢 14. 又は 15. に○をした場合は、（ ）に平成 28 年 10 月 1 か月間の該当患者数を記載してください。

01. 救急の患者
02. 公費負担医療の対象患者
03. 無料低額診療事業の対象患者
04. HIV 感染者
05. 自院の他の診療科を受診中の患者
06. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
07. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
08. 救急医療事業における休日夜間受診患者
09. 周産期事業等における休日夜間受診患者
10. 外来受診後そのまま入院となった患者
11. 治験協力者である患者
12. 災害により被害を受けた患者
13. 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
14. 保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者→該当患者数（ ）人
15. 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者→該当患者数（ ）人
→（具体的に ）
16. 説明しても同意が得られない患者
17. 総合診療科を受診した患者
18. その他→（具体的に ）

②-9 再診時選定療養費の導入または金額変更をする際にお困りになったことはありますか。ある場合、その内容を具体的にお書きください。

01. ある→内容（ ）
02. ない

②-10 再診時選定療養費を徴収する際にお困りになったことはありますか。ある場合、その内容を具体的にお書きください。		
01. ある→内容	〔 〕	
02. ない		
②-11 貴施設では、今後、再診時選定療養費の金額を変更する予定がありますか。変更する予定がある場合、その予定時期と金額（消費税込み）についてもお答えください。		
01. 予定がある→変更予定時期：平成（ ）年（ ）月頃	金額：（ ）円	
02. 予定はない		
②-12 再診時選定療養費の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。		
01. とても進んだ	02. 一定程度進んだ	03. 変わらない
04. あまり進んでいない	05. 全く進んでいない	06. わからない
②-13 再診時選定療養費の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。		
01. とても軽減された	02. 一定程度軽減された	03. 変わらない
04. あまり軽減されていない	05. 全く軽減されていない	06. わからない
②-14 再診時選定療養費の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。		
01. 発生した	02. 発生していない	03. わからない

→この後は、質問 3. へお進みください。

【再診時選定療養費を導入していない施設の方】

②-15 再診時選定療養費を導入する予定はありますか。		
01. 具体的な予定がある→導入時期：平成（ ）年（ ）月		
02. 時期は明確ではないが、導入する予定がある		
03. 検討中		
04. 導入する予定はない		
05. その他（具体的に ）		
②-16 現在、再診時選定療養費を導入しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○		
01. 対象となるケースが少ないため		02. 医師の同意が得られないため
03. 徴収を巡る患者とのトラブルを避けるため		
04. 体制整備やシステム改修が終了していないため		05. 条例改正が終了していないため
06. その他→（具体的に ）		

3. 外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等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。

アンケートにご協力いただきまして誠にありがとうございました。

ID

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

かかりつけ歯科医機能に関する評価等の影響調査 **施設票（案）**

- ※ この**施設票**は、歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における診療体制や各診療の取組状況等についてお伺いするものです。
- ※ 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、用語等をお書きください。（ ）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「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 28 年 9 月 30 日時点の状況についてご記入ください。
- ※ 患者数について「実人数」と記載のある質問についてはレセプト件数と同数をお答えください。

管理者についてお伺いします。

① 性別	01. 男性 02. 女性	② 年齢	() 歳
------	--------------------	------	----------------------------

1. 貴施設の概要（平成 28 年 9 月 30 日時点）についてお伺いします。

①所在地（都道府県まで）	() 都・道・府・県
②開設主体 ※○は1つだけ	01. 個人 02. 法人 03. その他（具体的に)
③標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	01. 歯科 02. 矯正歯科 03. 小児歯科 04. 歯科口腔外科
④医科の医療機関の 併設状況 ※○は1つだけ	01. 併設している 02. 併設していない
⑤貴施設と同一建物内 または同一敷地内の 施設・事業所（同一法人 かどうかは問わない） ※あてはまるものすべてに○	01. 訪問看護ステーション 02. 介護老人保健施設 03. 介護老人福祉施設 04. 居宅介護支援事業所 05. 通所介護事業所 06. 地域包括支援センター 07. サービス付き高齢者向け住宅 08. 有料老人ホーム 09. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 10. 認知症高齢者グループホーム 11. その他（具体的に) 12. 併設施設・事業所はない
⑥現在の施設基準 （届出のあるもの） ※あてはまるものすべてに○	01. 歯科外来診療環境体制加算 02. 歯科診療特別対応連携加算 03. 在宅療養支援歯科診療所 04. 歯科治療総合医療管理料 05. 地域医療連携体制加算 06. 在宅歯科医療推進加算 07. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 08. 上記のいずれもない
⑦平成 28 年 3 月以前の 施設基準 （届出のあったもの） ※あてはまるものすべてに○	01. 歯科外来診療環境体制加算 02. 歯科診療特別対応連携加算 03. 在宅療養支援歯科診療所 04. 歯科治療総合医療管理料 05. 地域医療連携体制加算 06. 在宅かかりつけ歯科診療所加算 07. 在宅患者歯科治療総合医療管理料 08. 上記のいずれもない

⑧現在の場所に開設してからどのくらい経ちましたか。 ※○は1つだけ		
01. 1年未満	02. 1年以上～5年未満	03. 5年以上～10年未満
04. 10年以上～15年未満	05. 15年以上～20年未満	06. 20年以上

⑨職員数		常勤	非常勤（常勤換算※）
	1) 歯科医師	() 人	() 人
	2) 看護師・准看護師	() 人	() 人
	3) 歯科衛生士	() 人	() 人
	4) 歯科技工士	() 人	() 人
	5) 管理栄養士・栄養士	() 人	() 人
	6) 言語聴覚士	() 人	() 人
	7) その他	() 人	() 人
	8) 合計	() 人	() 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1位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)

⑩上記⑨のうち、 歯科訪問診療等* への従事が可能な職員数		常勤	非常勤（常勤換算※）
	1) 歯科医師	() 人	() 人
	2) 歯科衛生士	() 人	() 人
	3) その他	() 人	() 人
	4) 合計	() 人	() 人

* 歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、歯科衛生士の訪問による口腔衛生指導なども含みます。

⑪医療機器等の保有台数		
	1) 歯科ユニット台数	() 台
	2) 自動体外式除細動器（AED）	() 台
	3) 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）	() 台
	4) 酸素供給装置	() 台
	5) 血圧計	() 台
	6) 救急蘇生セット	() 台
	7) 歯科用吸引装置（口腔外バキューム）	() 台
	8) ポータブル歯科ユニット	() 台
	9) ポータブルエンジン（携帯用マイクロモーター）	() 台
10) ポータブルX線装置	() 台	

④平成 28 年 9 月 1 か月間の算定回数をご記入ください。 注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。	
1) 歯科訪問診療 1	() 回
上記 1) のうち、「著しく歯科診療が困難な者」又は「要介護 3 以上」に準じる状態により、20 分以上の診療が困難であった回数	() 回
2) 歯科訪問診療 2	() 回
3) 歯科訪問診療 3 ※ a) + b) - c) となります。	() 回
a) 上記 3) のうち、20 分未満の歯科訪問診療の算定回数 ※10 人以上、10 人未満を問わず 20 分未満の歯科訪問診療についてご記入ください。	() 回
b) 上記 3) のうち、同一建物で 10 人以上の患者の歯科訪問診療の算定回数 ※20 分未満、20 分以上を問わず 10 人以上の歯科訪問診療についてご記入ください。	() 回
c) 上記 3) のうち、20 分未満かつ同一建物で 10 人以上の歯科訪問診療の算定回数	() 回
4) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科医師)	() 回
5) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科衛生士)	() 回

⑤平成 28 年 9 月 1 か月間に 歯科訪問診療等 を行った延べ日数と患者数(実人数)をご記入ください。 ※「延べ日数」: 当月の歯科訪問診療を実施した延べ日数、歯科医師が 1 人で毎日実施の場合は「30 日」、歯科医師が 2 人以上の場合はそれぞれの歯科訪問診療の合計日数となります。歯科衛生士の訪問延べ日数も同様です。		
	延べ日数	患者数(実人数)
1) 歯科医師による歯科訪問診療(歯科訪問診療料を算定した延べ日数及び特別の関係にある施設等での歯科訪問診療による初・再診料を算定した延べ日数の合計)	() 日	() 人
2) 歯科医師の指示のもと、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導(居宅療養管理指導を含む) ※歯科医師に同行した場合は含まない。	() 日	() 人

【上記⑤で患者数がすべて「0」であった施設の方にお伺いします】

⑤-1 貴施設では、平成 28 年 9 月 1 か月間の歯科訪問診療等の実績がなかったのはなぜですか。
※あてはまるものすべてに○

01. 調査対象月に歯科訪問診療等の依頼がなかったため

02. 調査対象月に入っていた歯科訪問診療の予約がキャンセルになったため

03. その他(具体的に)

4. 他施設等との連携状況についてお伺いします。

①平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間について、医科医療機関・歯科医療機関との患者紹介や情報提供・共有等の状況をご記入ください。		
1) 医科医療機関からの患者(外来診療)紹介 ※周術期口腔機能管理を除く	01. あり	02. なし
2) 医科医療機関への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
3) 医科医療機関からの周術期口腔機能管理に関する依頼	01. あり	02. なし
4) 医科医療機関での栄養サポートチームへの参加	01. あり	02. なし
5) 医科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定したもの)	01. あり	02. なし
6) 医科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定していないもの)	01. あり	02. なし

7) 外科的処置等の専門的な治療を歯科医療機関へ依頼	01. あり	02. なし
8) 歯科医療機関からの患者（外来診療）紹介	01. あり	02. なし
9) 歯科医療機関からの歯科訪問診療の依頼 * 1	01. あり	02. なし
10) 歯科医療機関への文書による診療情報提供 （診療情報提供料を算定したもの）	01. あり	02. なし
11) 歯科医療機関への文書による診療情報提供 （診療情報提供料を算定していないもの）	01. あり	02. なし

* 1 歯科訪問診療: 歯科医師による歯科訪問診療の他、歯科衛生士の訪問による口腔衛生指導なども含みます。

【上記①の6) または 11) で「01. あり」と回答した施設の方にお伺いします】

①-1 診療情報提供料を算定していないが文書による情報提供を行っている場合、情報提供の具体的な内容についてご記入ください。

②平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間について、介護保険施設等との連携状況をご記入ください。		
1) 介護療養型医療施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
2) 介護老人保健施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
3) 介護老人福祉施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
4) 居住系高齢者施設等（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス、認知症グループホーム等）への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
5) その他の施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
6) 上記 1)～3) の施設で実施される NST・ミールラウンド等への参加	01. あり	02. なし
7) 上記 4)、5) の施設で実施される NST・ミールラウンド等への参加	01. あり	02. なし
8) 施設等で行われる口腔衛生管理への協力（歯科訪問診療以外で実施するもの） * 2	01. あり	02. なし
9) 施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施	01. あり	02. なし
10) 協力歯科医院に指定されている介護保険施設等	01. あり	02. なし
11) 地域包括支援センターからの患者紹介や情報共有等	01. あり	02. なし
12) 居宅介護支援事業所（ケアマネ）からの患者紹介や情報共有等	01. あり	02. なし

* 2 施設等で行われる口腔衛生管理への協力: 介護保険による口腔衛生管理への協力や歯科検診など、診療報酬とは関連しない口腔衛生管理などを指します。

③直近の 1 年間で、上記質問①・②以外に、地域の在宅医療・介護等を担う医療機関・事業所との連携や、地域住民を対象とした活動等を行っていますか。 ※あてはまるものすべてに○		
00. 上記質問①・②以外に行っていない		
01. 地域ケア会議、サービス担当者会議、地域の医療・介護等の関係者との連携のための会議などへの参加		
02. 地域の医療機関や介護サービス事業所等が開催する会議・研修会・勉強会などへの参加（NST、ミールラウンドへの参加を除く）		
03. 自治体や各種団体等が地域で開催する地域住民を対象とした事業への協力		
04. 健康相談の実施、健診事業への協力		
05. 介護保険に係る相談の実施		
06. その他（具体的に		

5. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所についてお伺いします。

①貴施設では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っていますか。※○は1つだけ
01. 届出を行っている→届出時期：平成（ ）年（ ）月（→質問④へお進みください）
02. 届出を行っていない（申請中も含む）（→質問②へお進みください）

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っていない施設の方】
②貴施設が、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行うとした場合に厳しい要件は何ですか。 ※あてはまるものすべてに○
00. 厳しい要件はないが、届出を行っていない（→質問③へお進みください）
01. 過去1年間における歯科訪問診療1又は2の算定実績があること
02. 過去1年間における歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料の算定実績があること
03. 常勤の歯科医師が施設基準の要件に係る研修を修了すること
04. 偶発症等緊急時への対応のため、保険医療機関との連携体制を構築すること
05. 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること
06. 担当歯科医師名、連絡先について事前に患者に説明し、文書を提供すること
07. 在宅医療を担う保険医療機関との連携体制を構築すること
08. 他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整担当者と連携すること
09. 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底するなど、十分な感染症対策を講じていること
10. 感染症患者に対するユニット確保などの診療体制を常時確保していること
11. 歯科用吸引装置等により、歯科ユニットごとに歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること
12. 自動体外式除細動器等の装置・器具等を備えていること

②-1 上記②のうち、最も厳しい施設基準の要件は何ですか。 ※上記01.~12.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	
---	--

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っていない施設の方】
③貴施設では、今後、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行う意向がありますか。※○は1つだけ
01. 届出予定がある→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月頃
02. 届出について検討中
03. 届出の予定はない
04. その他（具体的に ）
（→届出を行っていない施設の方は以上でアンケートは終わりです）

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】
④かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行うため、新規に受講した研修や、新規に整備した機器（増やした場合も含める）は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○
00. 新規に受講した研修や整備した機器はない
【研修】 01. 偶発症に対する緊急性の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修
02. 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修
【機器】 03. 自動体外式除細動器（AED）
04. 経皮的酸素飽和度測定器
05. 酸素供給装置
06. 血圧計
07. 救急蘇生セット
08. 歯科用吸引装置
09. その他（具体的に ）

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】
 ⑤かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行うため、歯科医師・歯科衛生士を新たに雇用しましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 00. 新たな雇用はしていない
- 01. 常勤の歯科医師を新たに雇用した →新たに雇用した人数(実人数) () 人
- 02. 非常勤の歯科医師を新たに雇用した →新たに雇用した人数(実人数) () 人
- 03. 常勤の歯科衛生士を新たに雇用した →新たに雇用した人数(実人数) () 人
- 04. 非常勤の歯科医師を新たに雇用した →新たに雇用した人数(実人数) () 人

⑥貴施設の常勤の歯科医師について、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準の届出様式に記載した受講済みの研修に関して、当該内容(類似する内容も含む)に関するその後の研修の受講状況をお答えください。 ※○はそれぞれ1つつ

1) 偶発症に対する緊急性の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修	01. 受講したことがある 02. 受講していない
2) 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修	01. 受講したことがある 02. 受講していない

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】
 ⑦かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所となることで、以下のような効果・影響はありましたか。
 ※○はそれぞれ1つつ

	あてはまる	あてはまる どちらかという	あてはまらない どちらかという	あてはまらない	わからない
1) う蝕の重症化に至る患者の割合が減少した	1	2	3	4	5
2) 初期う蝕の管理に積極的に取り組むようになった	1	2	3	4	5
3) エナメル質初期う蝕管理を希望する患者が増えた	1	2	3	4	5
4) 歯周病の重症化に至る患者の割合が減少した	1	2	3	4	5
5) 歯周病の重症化予防のための長期管理に積極的に取り組むようになった	1	2	3	4	5
6) 歯周病の管理を希望する患者が増えた	1	2	3	4	5
7) 口腔機能低下の在宅患者に対して積極的に取り組むようになった	1	2	3	4	5
8) 口腔機能低下の重症化に至る在宅患者の割合が減少した	1	2	3	4	5
9) 歯科訪問診療等、在宅歯科医療に積極的に取り組むようになった	1	2	3	4	5
10) 在宅医療における連携など、地域の中での「かかりつけ歯科医」としての役割を意識するようになった	1	2	3	4	5
11) 診療内容の説明をよくするようになった	1	2	3	4	5
12) 定期的、継続的な管理を行う患者が増えた	1	2	3	4	5

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】

⑧上記⑦以外に、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の届出を行ったことによる効果・影響があれば、具体的にお書きください。

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】

⑨貴施設では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所であることを患者に周知していますか。周知している場合は、どのような方法で周知していますか。

01. 周知している

→周知方法 ※あてはまる番号すべてに○

- 11. 院内にポスターを掲示している
- 12. 院内にリーフレットやチラシ等を配置している
- 13. 患者に口頭で説明している
- 14. ホームページに掲載している
- 15. その他（具体的に

02. 周知していない

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】

⑩かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行う前から、貴施設が「かかりつけ歯科医」として取り組んでいることがあれば、具体的にお書きください。

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている施設の方】

⑪かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所としてかかりつけ歯科医の機能強化を図る上でお困りになっていることがあれば、具体的にお書きください。

6. 「エナメル質初期う蝕管理加算」と「歯周病安定期治療（Ⅱ）」を算定した患者、それぞれ2名ずつについてお伺いします。各加算について、名前のアイウエオ順で最も早い人と遅い人の2名の患者をお選びください。

- 平成28年8月1日～10月31日の間に「エナメル質初期う蝕管理加算」を算定した患者2名
- 平成28年3月以前から通院している患者で、平成28年8月1日～10月31日の間に「歯周病安定期治療（Ⅱ）」を算定した患者2名

エナメル質初期う蝕管理加算を算定した患者A・B			
①算定日	平成28年（ ）月（ ）日		
②患者の性別	01. 男性 02. 女性	③患者の年齢	（ ）歳
③当該患者の初診日	平成（ ）年（ ）月		
④平成28年4月以降の通院回数	（ ）回		
④-1（うち）上記①の算定日を含む1か月間の通院回数	（ ）回		
⑤平成28年4月以降のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数	（ ）回		
⑥上記①の算定日（診療日）における、この患者の診療に要した時間	（ ）分		
⑦上記①の算定日（診療日）に行ったエナメル質初期う蝕管理加算に係る診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※〇はいくつでも			
01. 口腔内診査・症状確認 02. 口腔内カメラ写真撮影 03. 口腔衛生指導 04. 機械的歯面清掃 05. フッ化物洗口指導 06. フッ化物歯面塗布 07. その他（具体的に _____）			
⑧上記①の算定日を含む1か月間に行った、エナメル質初期う蝕管理に係る診療内容の実施状況			
01. 上記質問①の算定日以外は実施していない 02. 上記質問①の算定日を含む複数日に分けて実施した			
⑨上記①の算定日を含む1か月間に、上記質問⑧以外に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※〇はいくつでも			
01. 口腔内診査・症状確認 02. 歯周病検査 03. スケーリング 04. スケーリング・ルートプレーニング 05. う蝕処置 06. 歯冠修復（充填） 07. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠） 08. 歯冠修復（FMC） 09. 抜髄 10. 感染根管治療 11. 抜歯 12. 欠損補綴（ブリッジ） 13. 義歯製作 14. 義歯調整 15. 義歯修理 16. 床裏装 17. 摂食機能療法 18. その他（具体的に _____）			
⑩この患者に対する、エナメル質初期う蝕管理加算に係る治療等の実施頻度をお答えください。			
1) フッ化物歯面塗布	01. 1か月に1回程度 04. 6か月に1回程度	02. 2か月に1回程度 05. その他（ _____）	03. 3か月に1回程度
2) 口腔衛生指導	01. 1か月に1回程度 04. 6か月に1回程度	02. 2か月に1回程度 05. その他（ _____）	03. 3か月に1回程度
3) 機械的歯面清掃	01. 1か月に1回程度 04. 6か月に1回程度	02. 2か月に1回程度 05. その他（ _____）	03. 3か月に1回程度

歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した患者A・B			
①算定日	平成28年（ ）月（ ）日		
②患者の性別	01. 男性 02. 女性	③患者の年齢	（ ）歳
④疾患の状況	01. なし 02. 不明 03. 高血圧症 04. 糖尿病 05. 脂質異常 06. 認知症 07. 喘息 08. 呼吸器疾患（喘息以外） 09. 骨粗しょう症 10. 腎臓病 11. その他（具体的に		
⑤上記①の算定日を含む1か月間の通院回数			（ ）回
⑥一連の歯周病治療を終了し、SPTへの移行を判断した時期	平成（ ）年（ ）月 ※平成28年3月以前に歯周病安定期治療を算定し、4月以降、歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定するようになった患者の場合は、最初に歯周病安定期治療を開始することになった歯周病治療の終了日をお答えください。		
⑦歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定する以前に歯周病安定期治療又は歯周病安定期治療（Ⅰ）を算定した実績の有無			01. ある 02. ない
⑧歯周病安定期治療（Ⅱ）を最初に算定した日	平成（ ）年（ ）月		
⑨歯周病安定期治療（Ⅱ）の算定回数	（ ）回（算定開始から調査日までの回数）		
⑩上記①の算定日（診療日）における、この患者の診療に要した時間			（ ）分
⑪上記①の算定日を含む1か月間に行った歯周病安定期治療（Ⅱ）に係る診療内容の実施状況			
01. 上記質問①の算定日以外は実施していない 02. 上記質問①の算定日を含む複数日に分けて実施した			
⑫上記質問①の算定日（診療日）に行った歯周病安定期治療（Ⅱ）に係る診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※〇はいくつでも			
01. 口腔内診査・症状確認 02. 口腔内カラー写真撮影 03. 口腔衛生指導 04. 機械的歯面清掃 05. 歯周病検査 06. スケーリング 07. スケーリング・ルートプレーニング 08. 咬合調整（歯周疾患の治療において行ったもの） 09. その他（具体的に			
⑬上記①の算定日を含む1か月間に、上記質問⑫以外に行った診療内容（各項目の一連に係る行為を含む） ※〇はいくつでも			
01. 口腔内診査・症状確認 02. フッ化物洗口指導 03. フッ化物歯面塗布 04. 咬合調整（歯周疾患の治療において行ったもの以外） 05. う蝕処置 06. 歯冠修復（充填） 07. 歯冠修復（インレー、4/5冠、3/4冠） 08. 歯冠修復（FMC） 09. 抜髄 10. 感染根管治療 11. 抜歯 12. 欠損補綴（ブリッジ） 13. 義歯製作 14. 義歯調整 15. 義歯修理 16. 床裏装 17. 摂食機能療法 18. その他（具体的に			
⑭この患者に対する歯周病安定期治療（Ⅱ）に係る治療等の実施頻度をお答えください。			
1) 歯周病検査	01. 1か月に1回程度	02. 2か月に1回程度	03. 3か月に1回程度
	04. 6か月に1回程度	05. その他（	）
2) スケーリング スケーリング・ルートプレーニング	01. 1か月に1回程度	02. 2か月に1回程度	03. 3か月に1回程度
	04. 6か月に1回程度	05. その他（	）
3) 機械的歯面清掃	01. 1か月に1回程度	02. 2か月に1回程度	03. 3か月に1回程度
	04. 6か月に1回程度	05. その他（	）
⑮この患者に歯周病安定期治療（Ⅰ）ではなく、歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した理由をお書きください。			

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成 28 年度調査)

歯科医療に関する意識調査 患者票 (案)

※この患者票は、患者さんに、かかりつけ歯科医についてのご意見をおうかがいするものです。

※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、() 内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。

この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. 患者本人 (代筆の場合も含む) | 2. 家族など (具体的に) |
| 3. その他 (具体的に) | |

1. 患者さん (本日診療を受けた方) についておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性	2. 女性	② 年齢	() 歳
③ お住まい	() 都・道・府・県 ※都道府県名まで			

2. 本日診療を受けた歯科診療についておうかがいします。

①本日受診した歯科診療所は、いつ頃から受診していますか。(○は1つ)

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 初めて受診してから1か月以内 | 2. 初めて受診してから3か月以内 |
| 3. 初めて受診してから6か月以内 | 4. 初めて受診してから1年以内 |
| 5. 初めて受診してから()年くらい | 6. その他 (具体的に) |

②今回の診療を受けたきっかけは何ですか。(○は1つ)

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. 痛いところがあった | 2. 歯ぐきが腫れた、歯ぐきから出血があった |
| 3. 入れ歯があわない、こわれた | 4. つめもの、かぶせものがとれた |
| 5. 気になるところがあった、口の中を全体的にみてほしい | |
| 6. その他 (具体的に) | |

③本日受診した歯科診療所をどのように知りましたか。(○はいくつでも)

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. 自宅の近所に所在 (看板を見て) | 2. 学校・職場の近所に所在 (看板を見て) |
| 3. 他の歯科医療機関からの紹介 | 4. 歯科でない病院・診療所からの紹介 |
| 5. 地区の口腔保健センターなどからの紹介 | 6. 家族や友人・知人などからの紹介 |
| 7. 歯科診療所のホームページを見て | 8. その他のホームページを見て |
| 9. 以前から通院している | 10. その他 (具体的に) |

(エナメル質初期う蝕管理加算用)

④今年4月から今までに何回くらい、本日受診した歯科診療所を受診しましたか。

4月から今までに () 回くらい

⑤本日受診した歯科診療所を選んだのはなぜですか。(〇はいくつでも)

1. かかりつけの歯科診療所だから
2. 信頼している歯科医師がいるから
3. むし歯や歯周病の定期的な管理をしてくれるから
4. 通院しやすい場所にあるから
5. 受診しやすい時間に診療しているから
6. 待ち時間が少ないから
7. 説明がわかりやすいから
8. 歯科医師や職員の感じがよいから (雰囲気が良いから)
9. 清潔感があり、感染対策をしっかりとっていると思うから
10. その他 (具体的に)

⑥診療室に案内されてから診療が終わるまで、どのくらい時間がかかりましたか (診療の待ち時間や会計の待ち時間は含めないでください)。

() 分くらい

⑦本日、歯科診療所で行ってもらった内容は何ですか。(〇はいくつでも)

1. むし歯の治療 (歯を削る、歯の神経を取るなど)
2. 歯周病 (歯槽のうろう) に対する治療 (歯石除去など)
3. 歯を抜いた後の治療 (ブリッジ・入れ歯など)
4. 抜歯
5. 歯みがき方法の指導
6. フッ素の塗布など、むし歯の予防
7. 口の中の写真撮影
8. その他 (具体的に)

⑧本日受診した歯科診療所では、お口の中の状態を見せてくれたり、むし歯や歯周病の状況、正しい歯みがきの仕方などを説明してくれましたか。本日だけではなく、今年4月以降の経験としてお答えください。(〇は1つ)

1. 説明してくれた
2. 説明してくれなかった
3. 忘れた・わからない

→ ⑧-1 その説明はわかりやすかったですか。(〇は1つ)

1. わかりやすかった
2. どちらかといえばわかりやすかった
3. どちらかといえばわかりにくかった
4. わかりにくかった

⑨むし歯や歯周病の定期的な管理をしてもらうことについて、どのように思われますか。(〇は1つ)

1. 必要だと思う
2. どちらかという必要だと思う
3. どちらかという不要だと思う
4. 不要だと思う
5. わからない

⑩本日受診した歯科診療所での診療についてどのように評価していますか。(○は1つ)

1. とても満足している	2. 満足している
3. 何ともいえない	4. 不満である
5. とても不満である	6. その他 ()

⑪今後も、本日受診した歯科診療所で、かかりつけ歯科医として、むし歯や歯周病の定期的な管理を行ってみたいと思いますか。(○は1つ)

1. そう思う	2. どちらかといえばそう思う
3. 何ともいえない	4. どちらかといえばそう思わない
5. そう思わない	6. その他 ()

ここからは、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」についておうかがいします。

「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」とは・・・

平成28年4月の診療報酬(医療機関が患者に対して行う診療内容ごとの価格を決めたもの)の改定において、新たに「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」という制度ができました。

この「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」は、次のような体制を整えています。

- 患者さんにとってより安全で安心できる歯科医療の環境を整えている
- 在宅医療をおこない、他の医療機関などと連携する体制をもっている
- 定期的、継続的な口腔管理をおこなっている など

⑫このような「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」で歯科診療を受けることは、安心感につながると感じますか。(○は1つ)

1. そう思う	2. どちらかといえばそう思う
3. 何ともいえない	4. どちらかといえばそう思わない
5. そう思わない	6. その他 ()

3. かかりつけ歯科医機能を強化していく国の取組について、ご意見・ご要望があればお書きください。

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。
お手数をおかけいたしますが、●月●日(●)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。

平成 28 年*月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「かかりつけ医／かかりつけ歯科医機能に関する評価等の影響調査」への
ご協力をお願い(案)

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 28 年 4 月の診療報酬改定においては、療養上の指導・健康管理等を継続的に実施し、個別の疾患だけではなく患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能に対する評価の充実が図られました。また、医療保険制度改革法を踏まえ、紹介状なしの大病院受診について定額負担が導入されました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 28 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、****を対象に、****の状況等について調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

平成 28 年*月*日（*）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-1 1-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む
在宅医療・訪問看護の実施状況調査」
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 28 年度診療報酬改定では、休日の往診・看取り・重症児に対する医学管理等について実績を有する医療機関に対して評価が行われるとともに、個々の患者の状態や居住場所に応じたきめ細やかな報酬体系に見直しが行われた。また、在宅医療専門の保険医療機関が設けられた。

本調査では、このような診療報酬改定の内容を踏まえ、在宅医療（歯科訪問診療を含む）・訪問看護を提供する医療機関等の状況や、在宅医療・訪問看護を受けている患者の居住場所や重症度と診療の状況等について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 在宅医療、訪問看護の対象患者の状態、居住形態、診療の所要時間等の把握
- ・ 重症患者に対する在宅医療・訪問看護の提供状況等の把握
- ・ 歯科訪問診療の診療体制、診療内容等の把握 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<在宅医療票>

- ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した、①在宅療養支援診療所 1,000 施設、②在宅療養支援病院 400 施設、③在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている診療所（①②は除く）600 施設程度。合計 2,000 施設程度。

<訪問看護票>

- ・ ①機能強化型訪問看護管理療養費の届出事業所（悉皆）、②全国の訪問看護ステーションの中から無作為抽出した訪問看護ステーション。①②合わせて 1,000 事業所程度。

<在宅歯科医療票>

- ・ 全国の在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出をしている歯科診療所の中から無作為抽出した 1,000 施設程度。

○調査方法（案）

- ・ 施設・事業所等宛ての自記式調査票を郵送配布し、郵送回収する。

■ 調査項目

※調査票（案） 参照

■ 調査スケジュール

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査票案の作成	→							
調査客体の抽出・名簿作成		→						
調査票印刷・封入・発送			→					
調査期間			→					
督促状印刷・発送				→				
調査票回収・検票				→				
データ入力 データクリーニング				→				
集計・分析					→			
報告(案)の作成						→		
追加分析							→	
補足報告(案)の作成							→	
調査検討委員会の開催		★					★	

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む
在宅医療の実施状況調査 調査票（案）

- ※ この調査票は、訪問診療を実施している医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における訪問診療等の実施状況についてお伺いするものです。
- ※ 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、用語等をお書きください。（ ）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「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 28 年 10 月 1 日時点の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします（平成 28 年 10 月 1 日現在）。

①施設名			
②所在地	（ ） 都・道・府・県		
③開設者 ※○は1つだけ	01. 国 05. 医療法人	02. 公立 06. 個人	03. 公的 07. 学校法人 08. その他の法人
④訪問診療を行っている診療科 ※○はいくつでも	01. 内科 05. 小児科 09. 精神科 13. 泌尿器科 15. その他（具体的に	02. 外科 06. 呼吸器科 10. 眼科 14. リハビリテーション科	03. 整形外科 07. 消化器科 11. 皮膚科 12. 耳鼻咽喉科 04. 脳神経外科 08. 循環器科 15. その他（具体的に
⑤医療機関の種別 ※○は1つだけ	01. 病院	02. 有床診療所	03. 無床診療所
⑥許可病床数	1) 施設全体の許可病床数：（ ） 床 2) うち、在宅患者緊急一時入院病床：（ ） 床 ※特段、確保していない場合は「0」と記入してください		
⑦医師会への入会の有無 ※○は1つだけ	01. あり	02. なし	
⑧貴法人・関連法人が運営している施設・事業所・サービス等 ※○はいくつでも	01. 病院（貴施設以外） 03. 訪問看護ステーション 05. 介護老人福祉施設 07. 通所介護事業所 09. サービス付き高齢者向け住宅 11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 13. 通所リハビリテーション 15. その他（具体的に	02. 一般診療所（貴施設以外） 04. 介護老人保健施設 06. 居宅介護支援事業所 08. 地域包括支援センター 10. 有料老人ホーム 12. 認知症高齢者グループホーム 14. 他に運営施設・事業所等はない 15. その他（具体的に	
⑨貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所・サービス等 ※○はいくつでも	01. 病院 03. 訪問看護ステーション 05. 介護老人福祉施設 07. 通所介護事業所 09. サービス付き高齢者向け住宅 11. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 13. 通所リハビリテーション 15. その他（具体的に	02. 一般診療所 04. 介護老人保健施設 06. 居宅介護支援事業所 08. 地域包括支援センター 10. 有料老人ホーム 12. 認知症高齢者グループホーム 14. 併設施設・事業所等はない 15. その他（具体的に	

2. 貴施設の診療体制についてお伺いします。

①平成 28 年 7 月～9 月における各月の延べ患者数										
	7 月	8 月	9 月							
1) 初診患者数 ※在宅医療分は含めない	() 人	() 人	() 人							
2) 再診延べ患者数 ※在宅医療分は含めない	() 人	() 人	() 人							
3) 往診及び訪問診療を行った延べ患者数	() 人	() 人	() 人							
②貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。※最も近いものに○は1つだけ										
01. 訪問診療・往診を中心に行っている（外来患者が5%未満） 02. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている 03. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている 04. 特定の曜日に訪問診療を行っている 05. 外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている 06. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている 07. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている（医師が複数名体制） 08. 往診を行っているが、訪問診療は行っていない 09. その他（具体的に)										
③-1 全職員数（常勤換算*1）をご記入ください。※小数点以下第1位まで ※平成 28 年 10 月 1 日現在										
医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	リハビ リ職 *2	管理 栄養士	その他 の医療 職*3	社会 福祉士	その他 の職員	計
.
③-2 上記③-1のうち、在宅医療の実施のため、患者に訪問をする職員数（常勤換算*1）をご記入ください。 ※平成 28 年 9 月 1 か月間について、在宅医療に携わった時間で換算してください。例）1 週間の勤務時間 40 時間のうち、在宅医療に携わった時間が 16 時間であれば $16 \div 40 = 0.4 \rightarrow$ 「0.4 人」と数えてください。										
医師	歯科 医師	保健師 助産師 看護師	准看 護師	薬剤師	リハビ リ職 *2	管理 栄養士	その他 の医療 職*3	社会 福祉士	その他 の職員	計
.
*1 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。 ■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） \div （貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間） ■1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間） \div （貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間 \times 4） *2 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。 *3 その他の医療職とは、臨床工学技士、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。										
③-3 上記③-1のうち、以下の職員数をご記入ください。										
1) 在宅医療を担当する常勤の医師数（貴施設単独）						常勤 () 人				
2) 上記 1) のうち、「認知症サポート医養成研修事業」を受講した認知症サポート医の医師数						常勤 () 人				
3) 上記 1) のうち、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了した医師数						常勤 () 人				
4) 在宅褥瘡管理者の有無と人数						01. あり \rightarrow () 人 02. なし				

5) 他医療機関との連携窓口を担当する職員として配置している職種とその人数 ※○はいくつでも		
01. 社会福祉士 () 人	02. 介護支援専門員 () 人	03. 看護職員 () 人
04. 事務職員 () 人	05. その他 () 人	06. 担当職員はいない
④貴施設では、貴施設あるいは訪問看護ステーションとの連携により 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっていますか。 ※○は1つだけ		
01. <u>自施設と訪問看護ステーションとの連携の両方で</u> 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっている		
02. <u>自施設単独で</u> 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっている		
03. <u>訪問看護ステーションとの連携により</u> 、24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっている		
04. 24 時間訪問看護の提供が可能な体制となっていない		
⑤【診療所の場合】時間外対応加算の届出状況 ※○は1つだけ	01. 時間外対応加算 1	02. 時間外対応加算 2
	03. 時間外対応加算 3	04. 届出なし
⑥精神科重症患者早期集中支援管理料の届出の有無 ※○は1つだけ	01. 届出あり	02. 届出なし
⑦貴施設が訪問診療を開始した時期	西暦 () 年 () 月頃	
⑧外来における院内・院外処方状況 ※○は1つだけ	01. 主として院内処方	02. 主として院外処方
⑨連携している 24 時間対応の薬局の有無 ※○は1つだけ	01. あり	02. なし

3. 在宅療養支援病院（在支病）・在宅療養支援診療所（在支診）の届出状況等についてお伺いします。

①貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分はどのようになっていますか。 ※○は1つだけ
01. 機能強化型在宅療養支援病院（単独型）（→左の「01」に○をつけ、次に5ページの質問⑩へ）
02. 機能強化型在宅療養支援病院（連携型）（→左の「02」に○をつけ、次に4ページの質問⑨へ）
03. 機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）（→左の「03」に○をつけ、次に5ページの質問⑩へ）
04. 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）（→左の「04」に○をつけ、次に4ページの質問⑨へ）
05. 上記以外の在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所（→左の「05」に○をつけ、次に4ページの質問⑤へ）
06. 在宅療養支援病院（在支病）・診療所（在支診）ではない（→左の「06」に○をつけ、次に質問②へ）

【上記①で「06. 在支病・在支診ではない」と回答した施設の方にお伺いします。】

②「在支病・在支診」の届出をしていない理由をお答えください。 ※○はいくつでも
01. 在宅医療を担当する常勤の医師を確保することができないから
02. 24 時間連絡を受ける体制を構築することが困難なため
03. 24 時間往診体制を確保することが困難なため
04. 24 時間訪問看護の提供体制を確保することが困難なため
05. 在宅療養患者のための緊急時の入院病床を常に確保することが困難なため
06. 在宅医療の提供体制を強化する上で適切な連携医療機関を確保できないから
07. 在宅患者が 95%以上の在支診が満たすべき要件を満たせないから
→満たせない要件
071. 1 年に 5 か所以上の医療機関からの新規患者紹介実績
072. 1 年に 20 件以上の看取り実績
073. 1 年に 10 人以上の超・準超重症児の患者
074. (要介護 3 以上の患者 + 重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5
08. その他 (具体的に)

③上記②のうち、届出をしなかった理由として最大の理由は何ですか。 ※上記 01.~08.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	
④貴施設では、今後、在宅病・在宅診の届出を行う意向がありますか。※〇は1つだけ	
01. 届出の予定がある→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月頃 02. 届出について検討中 03. 届出の予定はない 04. その他（具体的に ）	

(→この後は5ページの質問4. ①へ)

【上記①で「05. 上記以外の（機能強化型ではない）在宅病・在宅診」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑤在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期	平成（ ）年（ ）月
⑥機能強化型在宅病・在宅診の届出をしていない理由をお答えください。 ※〇はいくつでも	
01. 在宅医療の提供体制を強化する上で適切な連携医療機関を確保できないから 02. （連携型）連携内で、在宅医療を担当する常勤の医師を3人以上確保することができないから 03. （連携型）連携内での、過去1年間の緊急往診の実績が10件未満であるから 04. （連携型）連携内で、過去1年間の緊急往診の実績が4件以上を確保できない医療機関があるから 05. （連携型）連携内で、過去1年間の看取りの実績が4件未満であるから 06. （連携型）連携内で、過去1年間の看取りまたは超・準超重症児の医学管理の実績2件以上を確保できない医療機関があるから 07. （単独型）自施設単独で、在宅医療を担当する常勤の医師が3人未満であるから 08. （単独型）自施設単独で、過去1年間の緊急往診の実績が10件未満であるから 09. （単独型）過去1年間の看取り又は超・準超重症児の医学管理の実績4件以上を確保できないから 10. その他（具体的に ）	
⑦上記⑥のうち、届出をしなかった理由として最大の理由は何ですか。 ※上記 01.~10.の中からあてはまる番号を1つだけお書きください。	
⑧貴施設では、今後、機能強化型在宅病・在宅診の届出を行う意向がありますか。 ※〇は1つだけ	
01. 届出の予定がある→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月頃 02. 届出について検討中 03. 届出の予定はない 04. その他（具体的に ）	

(→この後は5ページの質問4. ①へ)

【上記①で「02. または 04. 機能強化型（連携型）在宅病・在宅診」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑨ 在宅支援連携体制についてお伺いします。		
1) 届出をしている病院・診療所別の 連携医療機関数	連携診療所数（病床あり）	（ ）施設
	連携診療所数（病床なし）	（ ）施設
	連携病院数	（ ）施設
	合計	（ ）施設
2) 在宅医療を担当する常勤の医師数（自施設+連携施設）		（ ）人
⑩在宅病・在宅診の届出を行った時期はいつですか。機能強化型の届出時期もお答えください。		
1) 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期	平成（ ）年（ ）月	
2) 機能強化型在宅病・在宅診の届出時期	平成（ ）年（ ）月	

(→この後は5ページの質問4. ①へ)

【上記①で「01. または 03. 機能強化型（単独型）在支病・在支診」と回答した施設の方にお伺いします。】

①在支病・在支診の届出を行った時期はいつですか。機能強化型の届出時期もお答えください。	
1) 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所の届出時期	平成（ ）年（ ）月
2) 機能強化型の届出時期	平成（ ）年（ ）月

(→この後は質問4. ①へ)

4. 貴施設における在宅医療の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設が主治医として訪問診療を提供している患者の人数についてお伺いします。 平成28年9月の1か月間に訪問診療を実施した患者数（実人数）についてお答えください。		
1) 訪問診療を提供した患者数（何回訪問しても「1人」と数えてください。）		人
2) 年齢別の患者数	15歳未満	人
	15歳以上40歳未満	人
	40歳以上65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上	人
3) (15歳未満) 超重症児・準超重症児の患者数		人
4) 要介護度別の患者数	対象外(40歳未満など)	人
	自立・未申請	人
	要支援1・2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人
	申請中	人
	不明・その他	人
5) 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を保有する患者数 ※1人の患者が複数の手帳を保有している場合も「1人」と数えてください。		人
6) 特定疾患医療受給者証を保有する患者数		人

②平成28年4月～平成28年9月の6か月間に貴施設が在宅療養を担当した患者数についてお答えください。		
1) 在宅療養を担当した患者数		人
2) 上記1)のうち、死亡患者数		人
3) 上記2)のうち、医療機関以外で死亡した患者数 ※4) +5) +6) =3)	4) 上記3)のうち、自宅(※1)での死亡者数	人
	5) 上記3)のうち、居住系施設(※2)・介護老人福祉施設での死亡者数	人
	6) 上記3)のうち、自宅・居住系施設以外での死亡者数	
	7) 上記3)のうち、看取りを行った患者数	人
	8) 上記2)のうち、医療機関で死亡した患者数	人
	9) 上記8)のうち、連携医療機関で死亡した患者数	人
	10) 上記8)のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数	人

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2「居住系施設」とは、上記の「※1」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設以外の居住先をいい、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等が該当します。

③平成 28 年 9 月に貴施設が訪問診療を実施した患者のうち、「最も遠くに住む（貴施設からの移動時間が最も長い患者の患者）」と「最も近くに住む（貴施設からの移動時間が最も短い患者の患者）」について、以下の内容をお答えください。

	最も遠くに住む患者	最も近くに住む患者
1) 患者に訪問するのに用いている交通手段 ※○はいくつでも	01. 徒歩 02. バス 03. 電車 04. 自動車 05. その他 ()	01. 徒歩 02. バス 03. 電車 04. 自動車 05. その他 ()
2) 移動に要する総時間 (往復)	往復 () 分	往復 () 分
3) 当該患者の「単一建物 診療患者数」	() 人	() 人
4) 住居形態	01. 自宅 (※1) 02. 居住系施設 (※2) 03. 介護老人福祉施設 04. その他 ()	01. 自宅 (※1) 02. 居住系施設 (※2) 03. 介護老人福祉施設 04. その他 ()
5) 貴施設との位置関係		01. 同一敷地内 02. 隣接する敷地内 03. 同一・隣接敷地内ではない

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2「居住系施設」とは、上記の「※1」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設以外の居住先をいい、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等が該当します。

④平成 28 年 9 月に在総管・施設総管で「重症患者」を算定した患者がいた場合、その患者の人数をお書きください。
※1 人の患者が複数の疾患・状態に該当する場合は、それぞれに数えてください。
例：末期の悪性腫瘍患者で酸素療法を実施している場合→末期の悪性腫瘍患者、酸素療法のそれぞれに「1 人」となります。

1) 末期の悪性腫瘍患者	() 人
2) スモンの患者	() 人
3) 指定難病の患者	() 人
4) 後天性免疫不全症候群の患者	() 人
5) 脊髄損傷の患者	() 人
6) 真皮を超える褥瘡の患者	() 人
7) 人工呼吸器を使用している患者	() 人
8) 気管切開の管理を要する患者	() 人
9) 気管カニューレを使用している患者	() 人
10) ドレーンチューブ等を使用している患者	() 人
11) 人工肛門等の管理を要する患者	() 人
12) 在宅自己腹膜灌流を実施している患者	() 人
13) 在宅血液透析を実施している患者	() 人
14) 酸素療法を実施している患者	() 人
15) 在宅中心静脈栄養を実施している患者	() 人
16) 在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	() 人
17) 在宅自己導尿を実施している患者	() 人
18) 植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者	() 人
19) 携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン I2 製剤の投与を受けている患者	() 人

5. 調査期間中（平成28年10月**～10月**日）に貴施設が訪問診療を実施した患者2名についてお書きください（調査要綱をご参照）。

患者票A・B

1) 患者の性別	1. 男性 2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 訪問先	1. 戸建て・マンション・アパート・団地等 2. サービス付き高齢者向け住宅 3. 有料老人ホーム 4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 5. 特別養護老人ホーム 6. 認知症高齢者グループホーム 7. その他（具体的に ）		
4) 上記3)の訪問先（単一建物）において、貴施設が訪問診療を実施している患者数（※この患者を含めた人数）	() 人		
5) 調査日の診察状況	1. 単一の建物内で複数の患者を診察 2. 単一の建物内で当該患者のみ診察		
6) 要介護度	1. 対象外 2. 自立・未申請 3. 要支援1・2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5 9. 不明		
7) 認知症高齢者の日常生活自立度 <small>※分かる範囲で直近の評価を記載</small>	1. 該当なし 2. I 3. II 4. IIa 5. IIb 6. III 7. IIIa 8. IIIb 9. IV 10. M 11. 不明		
8) 精神疾患の有無	1. あり→ (1. 認知症 2. 認知症以外) 2. なし		
9) 障害者手帳などの種類	1. 身体障害者手帳 () 級 2. 療育手帳 () 度 3. 精神障害者保健福祉手帳 () 級 4. 申請中 5. 手帳なし 6. わからない		
10) 患者を訪問するのに用いる交通手段と移動時間 <small>※移動時間は貴施設から患者までの片道時間をお書きください。</small>	1. 徒歩のみ→ () 分 2. 徒歩+バス・電車等の公共交通→ () 分 3. 自動車→ () 分 4. その他（具体的に ）→ () 分		
11) 訪問診療を行ったきっかけ			
1. 自院に通院・入院していた患者 2. 他の医療機関からの紹介患者 3. 医療機関以外からの紹介（具体的に ）			
12) 訪問診療の対象病名 ※○はいくつでも			
1. 難病（神経系） 2. 難病（神経系以外） 3. 脊髄損傷 4. COPD 5. 循環器疾患（高血圧症、心不全など） 6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など） 7. 精神系疾患 8. 神経系疾患 9. 認知症 10. 糖尿病 11. 悪性新生物 12. 骨折・筋骨格系疾患 13. 呼吸器系疾患 14. 耳鼻科疾患 15. 眼科疾患 16. その他（具体的に ）			
13) ターミナルかどうか	1. ターミナル→余命の見込み：() か月 2. ターミナルでない		
14) 当該患者に対して、 <u>医師が実施した診療内容・連携等</u> （※この1か月間に実施したもの）※○はいくつでも			
1. 健康相談 2. 視聴打診・触診 3. バイタル測定 4. 患者・家族等への問診 5. 心電図検査 6. 簡易血糖測定 7. 採血・検体採取 8. 検査結果説明 9. 抗がん剤の点滴・注射 10. モルヒネの持続皮下注射 11. 鎮静薬の持続皮下注射 12. 皮下輸液 13. 中心静脈栄養・ポート管理 14. 輸血 15. 胸水穿刺・腹水穿刺 16. 経口麻薬の投与 17. 末梢静脈点滴 18. 上記以外の点滴・注射			

19. 気管切開・カニューレ交換	20. カテーテル交換 (カテーテルの部位)	21. エコー検査
22. 薬剤の処方	23. 特定保険医療材料の処方	24. ネブライザー
25. たんの吸引の指示	26. 栄養指導	27. 患者・家族等への病状説明
28. 診療上の継続的な意思決定支援	29. 訪問看護ステーションに関する指示・連携 (具体的に)	
30. 保険薬局に関する指示・連携 (具体的に)		
31. 歯科医療機関との連携 (具体的に)		
32. 居宅介護支援事業所との連携 (具体的に)		
33. その他 (具体的に)		
15) 当該患者に対して訪問診療を行う医師の指示又は依頼のもと、医師以外の職種 (貴施設以外の職員も含む) が提供している医療内容等 (※この1か月間に提供したもの) a) ~c) の職種ごとに主な実施内容を下の【選択肢】の1.~31.の中から3つまで選び、該当の番号をお書きください。		
a) 看護職員が実施したもの		
b) リハビリ職が実施したもの		
c) その他の職員 () が実施したもの		
【選択肢】		
1. 健康相談 2. 血圧・脈拍の測定 3. 心電図検査 4. 簡易血糖測定		
5. 血糖自己測定 (SMBG 管理) 6. 服薬援助・管理 (点眼薬等を含む)		
7. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 8. 経鼻経管栄養 9. 中心静脈栄養 10. 吸入・吸引		
11. ネブライザー 12. 創傷処置 13. 体位変換 14. 浣腸・摘便 15. 褥瘡の処置		
16. インスリン注射 17. 点滴・注射 (16.以外) 18. 膀胱 (留置) カテーテルの管理		
19. 人工肛門・人工膀胱の管理 20. 人工呼吸器の管理 21. 気管切開の処置		
22. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入) 23. がん末期の疼痛管理 24. 慢性疼痛の管理 (23.以外)		
25. 透析・腹膜還流 26. リハビリテーション 27. 口腔ケア 28. 歯科医療		
29. 連携施設・事業所との連絡・調整 30. 社会福祉制度、相談窓口等の紹介		
31. その他 (具体的に)		
16) 経口摂取の状況	1. 経口摂取可能 2. 経口摂取不可	
17) 貴施設が当該患者に訪問診療を開始した時期	西暦 () 年 () 月頃	
18) 1か月間の訪問回数 (平成28年9月)	() 回	
19) 医学管理料の算定状況 (平成28年9月)	1. 在総管 (重症患者) 2. 在総管 (月2回以上) 3. 在総管 (月1回) 4. 施設総管 (重症患者) 5. 施設総管 (月2回以上) 6. 施設総管 (月1回) 7. 算定していない	
20) 調査日の診療時間 (当該患者のために患家に滞在した時間)	() 分	
21) 調査日の診療における看護職員の同行	1. あり 2. なし	
22) 当該患者に関する歯科医療機関との連携の有無	1. あり 2. なし	
23) 往診 (定期的・計画的な訪問診療ではない) を行った回数 (平成28年4月~平成28年9月の6か月間)	() 回	
24) 上記23)のうち、入院に至った回数 (平成28年4月~平成28年9月の6か月間)	() 回	
25) 上記23)のうち、夜間の往診回数 (平成28年4月~平成28年9月の6か月間)	() 回	
26) 上記23)のうち、深夜の往診回数 (平成28年4月~平成28年9月の6か月間)	() 回	

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む 訪問看護の実施状況調査 調査票（案）

- ※ この「訪問看護票」は、訪問看護ステーションの管理者の方に、訪問看護の実施状況や在宅医療機関との連携状況等についてお伺いするものです。
- ※ 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、用語等をお書きください。（ ）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「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成 28 年 10 月 1 日時点の状況についてご記入ください。

※特に断りのない場合は、『**医療保険**』の訪問看護についてお答えください。
介護保険など医療保険以外に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。

1. 貴事業所の概要についてお伺いします。

①事業所名																															
②所在地	（ ） 都・道・府・県																														
③開設者 ※○は1つだけ	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合</td> <td style="width: 33%;">3. 医療法人</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>2. 日本赤十字社・社会保険関係団体</td> <td>4. 医師会</td> <td>5. 看護協会</td> </tr> <tr> <td>6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない）</td> <td>7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. 農業協同組合及び連合会</td> <td>9. 消費生活協同組合及び連合会</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）</td> <td>11. 特定非営利活動法人（NPO）</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">12. その他（具体的に ）</td> </tr> </table>	1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合	3. 医療法人		2. 日本赤十字社・社会保険関係団体	4. 医師会	5. 看護協会	6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない）	7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む）		8. 農業協同組合及び連合会	9. 消費生活協同組合及び連合会		10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）	11. 特定非営利活動法人（NPO）		12. その他（具体的に ）														
1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合	3. 医療法人																														
2. 日本赤十字社・社会保険関係団体	4. 医師会	5. 看護協会																													
6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない）	7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む）																														
8. 農業協同組合及び連合会	9. 消費生活協同組合及び連合会																														
10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）	11. 特定非営利活動法人（NPO）																														
12. その他（具体的に ）																															
④同一敷地内または隣接している施設・事業所 ※○はいくつでも	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 該当なし</td> <td style="width: 33%;">3. 診療所</td> <td style="width: 33%;">4. 介護老人保健施設</td> </tr> <tr> <td>2. 病院</td> <td>6. 居宅介護支援事業所→ (a. 同一敷地内 b. 隣接)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 特別養護老人ホーム</td> <td>7. 通所介護事業所</td> <td>8. 地域包括支援センター</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9. 訪問介護事業所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</td> <td>11. 小規模多機能型居宅介護</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. 看護小規模多機能型居宅介護</td> <td>13. サービス付き高齢者向け住宅</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. 有料老人ホーム</td> <td>15. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16. 認知症対応型共同生活介護</td> <td>17. マンション・アパート・団地等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18. 特定相談支援事業所</td> <td>19. 障害児相談支援事業所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">20. その他（具体的に ）</td> </tr> </table>	1. 該当なし	3. 診療所	4. 介護老人保健施設	2. 病院	6. 居宅介護支援事業所→ (a. 同一敷地内 b. 隣接)		5. 特別養護老人ホーム	7. 通所介護事業所	8. 地域包括支援センター		9. 訪問介護事業所		10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11. 小規模多機能型居宅介護		12. 看護小規模多機能型居宅介護	13. サービス付き高齢者向け住宅		14. 有料老人ホーム	15. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム		16. 認知症対応型共同生活介護	17. マンション・アパート・団地等		18. 特定相談支援事業所	19. 障害児相談支援事業所		20. その他（具体的に ）		
1. 該当なし	3. 診療所	4. 介護老人保健施設																													
2. 病院	6. 居宅介護支援事業所→ (a. 同一敷地内 b. 隣接)																														
5. 特別養護老人ホーム	7. 通所介護事業所	8. 地域包括支援センター																													
	9. 訪問介護事業所																														
10. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11. 小規模多機能型居宅介護																														
12. 看護小規模多機能型居宅介護	13. サービス付き高齢者向け住宅																														
14. 有料老人ホーム	15. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム																														
16. 認知症対応型共同生活介護	17. マンション・アパート・団地等																														
18. 特定相談支援事業所	19. 障害児相談支援事業所																														
20. その他（具体的に ）																															
⑤貴事業所で指定を受けている介護保険サービス・障害福祉サービス ※○はいくつでも	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 該当なし</td> <td style="width: 33%;">3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>2. 看護小規模多機能型居宅介護</td> <td>5. (介護予防)療養通所介護</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 療養通所介護</td> <td>7. 放課後等デイサービス</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 児童発達支援</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1. 該当なし	3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		2. 看護小規模多機能型居宅介護	5. (介護予防)療養通所介護		4. 療養通所介護	7. 放課後等デイサービス		6. 児童発達支援																				
1. 該当なし	3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護																														
2. 看護小規模多機能型居宅介護	5. (介護予防)療養通所介護																														
4. 療養通所介護	7. 放課後等デイサービス																														
6. 児童発達支援																															
⑥訪問看護を開始した時期	西暦（ ）年（ ）月																														
⑦サテライトの有無と、ある場合はその設置数	1. あり→（ ）か所 2. なし																														

⑧機能強化型訪問看護ステーションの届出の有無

1. 届出なし
2. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 の届出あり
 →届出時期：平成（ ）年（ ）月
 →貴事業所が満たしている要件： ※○はいくつでも
 { a. ターミナルケア件数が年 20 件以上
 b. ターミナルケア件数が年 15 件以上、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数が常時 4 人以上
 c. 超重症児・準超重症児の利用者数が常時 6 人以上 }
3. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 の届出あり
 →届出時期：平成（ ）年（ ）月
 →貴事業所が満たしている要件： ※○はいくつでも
 { a. ターミナルケア件数が年 15 件以上
 b. ターミナルケア件数が年 10 件以上、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数が常時 3 人以上
 c. 超重症児・準超重症児の利用者数が常時 5 人以上 }

▶【届出がない場合】

⑧-1 今後の機能強化型訪問看護ステーション届出意向

1. 届出の予定がある 2. 届出について検討中 3. 届出の予定はない

⑨24 時間対応体制加算・連絡体制加算の届出（医療保険）の有無	1. 24 時間対応体制加算 2. 24 時間連絡体制加算 3. 届出なし																		
⑩特別管理加算（医療保険）の届出の有無	1. あり 2. なし																		
⑪精神科訪問看護基本療養費の届出の有無	1. あり 2. なし																		
⑫精神科複数回訪問加算の届出の有無	1. あり 2. なし																		
⑬精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の届出の有無	1. あり 2. なし																		
⑭訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハ及び（Ⅱ）のハに係る専門の研修を受けた看護師に係る届出の有無	1. あり→（a. 緩和ケア b. 褥瘡ケア） 2. なし																		
⑮貴事業所の職員数を常勤換算*（請求する保険の種別を問わず訪問看護業務に従事する全職員を常勤換算）でお答えください。※平成 28 年 10 月 1 日時点の状況																			
<table border="1"> <tr> <th>保健師 助産師 看護師</th> <th>准看護師</th> <th>リハビリ職 (PT・OT・ST)</th> <th>その他の 職員</th> <th>(うち) 看護補助者 介護職員</th> <th>(うち) 精神保健 福祉士</th> <th>(うち) 介護支援 専門員</th> <th>(うち) 事務職員</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	保健師 助産師 看護師	准看護師	リハビリ職 (PT・OT・ST)	その他の 職員	(うち) 看護補助者 介護職員	(うち) 精神保健 福祉士	(うち) 介護支援 専門員	(うち) 事務職員	合計										
保健師 助産師 看護師	准看護師	リハビリ職 (PT・OT・ST)	その他の 職員	(うち) 看護補助者 介護職員	(うち) 精神保健 福祉士	(うち) 介護支援 専門員	(うち) 事務職員	合計											
*非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。（小数点以下第1位まで） ■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) ÷ (貴事業所・施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間) ■1 か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 か月の勤務時間) ÷ (貴事業所・施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4)																			

2. 診療報酬の算定状況や利用者の状況等についてお伺いします。

①平成 28 年 9 月の 1 か月間における、新規利用者数と対応が終了した利用者数をご記入ください。	
1) 新規利用者数（医療保険）	人
2) 対応が終了した利用者数（医療保険）	人
3) このうち、亡くなった利用者数（医療保険）	人

②平成 27 年 9 月と平成 28 年 9 月の各 1 か月間の訪問看護の利用者数（実人数）と訪問回数をご記入ください。		
	平成 27 年 9 月	平成 28 年 9 月
1) 全利用者数（医療保険の利用者数＋介護保険の利用者数）	人	人
2) 医療保険のみの利用者数	人	人
3) 医療保険と介護保険の両方を使った利用者数	人	人
4) 医療保険の特掲診療料の施設基準等別表 7（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する利用者数	人	人
5) 医療保険の特掲診療料の施設基準等別表 8（厚生労働大臣の定める状態等にあるもの）に該当する利用者数	人	人
6) 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者数	人	人
7) 「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数	人	人
8) 「精神科特別訪問看護指示書」を交付された利用者数	人	人
9) 同一建物居住者に該当する利用者数	人	人
10) 訪問回数（医療保険の利用者分＋介護保険の利用者分）	回	回
11) 医療保険による訪問回数	回	回
12) 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者への訪問回数	回	回

③医療保険の利用者のうち、40 歳以上の利用者について、要介護度別の人数をお書きください。						
	要支援 1・2	要介護 1・2・3	要介護 4	要介護 5	申請中・自立・未申請	合計
1) 平成 27 年 9 月	人	人	人	人	人	人
2) 平成 28 年 9 月	人	人	人	人	人	人

④医療保険の利用者のうち、要介護者（要介護 1～5 の利用者）について、日常生活自立度（寝たきり度）別の人数をお書きください。					
	自立・J（自立）	A（室内自立）	B（床上自立）	C（寝たきり）	不明
1) 平成 27 年 9 月	人	人	人	人	人
2) 平成 28 年 9 月	人	人	人	人	人

⑤医療保険の利用者のうち、要介護者（要介護 1～5 の利用者）について、認知症高齢者の日常生活自立度の区別の人数をお書きください。						
	自立・I	II	III	IV	M	不明
1) 平成 27 年 9 月	人	人	人	人	人	人
2) 平成 28 年 9 月	人	人	人	人	人	人

⑥医療保険の利用者のうち、15 歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児・医療的ケア児・その他の人数をお書きください。 ※「3)平成 28 年 4～9 月での 1 か月あたりの平均」は小数点第 1 位まで記入				
	1) 超重症児 （運動機能が座位までで、判定スコアが 25 点以上）	2) 準超重症児 （運動機能が座位までで、判定スコアが 10 点以上 25 点未満）	3) 医療的ケア児* （1）・2)を除く）	4) その他
1) 平成 27 年 9 月	人	人	人	人
2) 平成 28 年 9 月	人	人	人	人
3) 平成 28 年 4～9 月での 1 か月あたりの平均	人/月	人/月	人/月	人/月

*医療的ケア児:人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児

⑦平成 28 年 4～9 月の期間に、ターミナルケアを行った利用者数をご記入ください。	
1) 訪問看護ターミナルケア療養費を算定した利用者数（医療保険）	() 人
2) ターミナルケア加算を算定した利用者数（介護保険）	() 人
3) 共同で訪問看護を行った保険医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数	() 人

⑧平成 28 年 9 月の 1 か月間に、医療保険の利用者のうち、主に医療処置を行った利用者、主にリハビリを行った利用者、その他の利用者の人数をご記入ください。医療処置とリハビリの両方を行った利用者については、主として行っている方に含めてください。	
1) 主に医療処置を行った利用者数	() 人
2) 主にリハビリを行った利用者数	() 人
3) その他（医療処置・リハビリ以外）の利用者数 （具体的に行った内容：)	() 人

⑨貴事業所は特別地域訪問看護加算（医療保険）の対象地域にありますか。ある場合は、平成 28 年 9 月の 1 か月間における特別地域訪問看護加算（医療保険）の算定利用者数をお書きください。

1. 対象地域にある →特別地域訪問看護加算の算定利用者数：() 人 ※実人数
2. 対象地域にない

▶【対象地域にない場合】

⑨-1 特別地域訪問看護加算（医療保険）の対象地域に居住する利用者はいますか。

1. いる →特別地域訪問看護加算の対象地域に居住する利用者数：() 人 ※実人数
2. いない

⑩貴事業所は中山間地域等の小規模事業所加算（介護保険）の対象地域にありますか。

1. 対象地域にある 2. 対象地域にない

⑪中山間地域等提供加算（介護保険）の対象地域に居住する利用者はいますか。いる場合は、その人数と平成 28 年 9 月の 1 か月間における算定利用者数をお書きください。

1. いる →中山間地域等提供加算の対象地域に居住する利用者数：() 人 ※実人数
→上記のうち、中山間地域等提供加算を算定している利用者数：() 人 ※実人数
2. いない

3. 土日や夜間、緊急時の対応についてお伺いします（医療保険に限ります）。

①早朝・夜間・深夜や土日祝日の計画的な訪問に対応していますか。対応しているものをお答えください。※○はいくつでも

1. 早朝（朝 6 時から 8 時まで） 2. 夜間（18 時から 22 時まで） 3. 深夜（22 時から朝 6 時まで）
4. 土曜日 5. 日曜日 6. 祝日 7. いずれも対応していない

②平成 28 年 9 月の 1 か月間で、緊急訪問した利用者はいましたか。いた場合は、その人数と延べ訪問回数、緊急訪問看護加算（医療保険）の算定回数をお書きください。

1. いなかった
2. いた →利用者数：() 人 ※実人数
→延べ訪問回数：() 回、緊急訪問看護加算の算定回数：() 回

4. 他の医療機関や訪問看護ステーション等との連携状況についてお伺いします(医療保険に限ります)。

①平成28年9月の1か月間について、連携に関する診療報酬項目の算定利用者数と算定回数をご記入ください。		
	算定利用者数(実人数)	算定回数
1) 退院時共同指導加算(医療保険)	人	回
2) 在宅患者連携指導加算	人	回
3) 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	人	回
4) 訪問看護情報提供療養費	人	回

②貴事業所に在宅褥瘡管理者はいますか。いる場合はその人数をご記入ください。	
1. いる→()人	2. いない

③貴事業所では、医療機関と連携して、多職種から構成される「在宅褥瘡対策チーム」(診療報酬上、医療機関が「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」を算定するもの)に参加していますか。 ※○は1つだけ	
1. 参加している →平成28年9月1か月間での算定利用者数:()人	
2. 参加していない	
3. 「在宅褥瘡対策チーム」を知らない	

④平成27年9月と平成28年9月の各1か月間の医療保険の利用者のうち、貴事業所以外の実施主体による訪問看護も利用している人数(実人数)をご記入ください。		
	平成27年9月	平成28年9月
1) 複数の実施主体による訪問看護を利用している人数	()人	()人
2) 貴事業所以外の訪問看護ステーションと併用している人数	()人	()人
3) 病院・診療所の訪問看護と併用している人数	()人	()人
4) 同一日に貴事業所が2か所目の緊急訪問を実施した人数	()人	()人

【平成28年9月に同一日に貴事業所が2か所目の緊急訪問を実施した利用者がある場合】

④-1 1か所目の訪問看護ステーションが緊急訪問できなかった理由は何ですか。 ※○はいくつでも	
1. 1か所目の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を届出していないから	
2. 1か所目の訪問看護ステーションが対応困難な状態だったから	
3. 1か所目の訪問看護ステーションに利用者から連絡がつかなかったから	
4. 事前の取り決めで貴事業所(2か所目の訪問看護ステーション)が対応することになっていたから	
5. その他(具体的に)	

⑤平成28年9月の1か月間に行った、訪問看護指示書・訪問看護計画書・訪問看護報告書の受け渡し(医療保険)について、授受のあった病院・診療所数と受け渡し方法別の回数をご記入ください。			
	受け渡しのあった病院・診療所数	書面(紙)での受け渡し回数	電子ファイル等での受け渡し回数
1) 訪問看護指示書(精神科含む)	()か所	()回	()回
2) 訪問看護計画書・訪問看護報告書(精神科含む)	()か所	()回	()回

⑥平成 28 年 9 月 1 か月間における、医療保険の利用者についての情報提供等の状況についてお伺いします。

A) B) 情報提供や共有を行った施設・事業所数、利用者数をご記入ください。
※情報提供や共有には、文書の有無に関わらず、カンファレンス、電話等での情報共有も含めます。

C) D) サマリー等の療養に関する文書を提供した回数、受け取った回数をご記入ください。

	A) 情報提供や共有を行った施設・事業所数	B) 情報提供や共有を行った利用者数	C) 貴事業所から文書を提供した回数	D) 貴事業所が文書を受け取った回数
1) 病院 ※訪問看護指示書、訪問看護計画書・訪問看護報告書を除く	() 箇所	() 人	() 回	() 回
2) 診療所 ※訪問看護指示書、訪問看護計画書・訪問看護報告書を除く	() 箇所	() 人	() 回	() 回
3) 歯科医療機関	() 箇所	() 人	() 回	() 回
4) 保険薬局	() 箇所	() 人	() 回	() 回
5) 居宅介護支援事業所	() 箇所	() 人	() 回	() 回
6) 介護老人保健施設	() 箇所	() 人	() 回	() 回
7) 5)・6)以外の介護保険サービス事業者	() 箇所	() 人	() 回	() 回
8) 地域包括支援センター	() 箇所	() 人	() 回	() 回
9) 特定相談事業者・障害児相談支援事業者	() 箇所	() 人	() 回	() 回
10) 保育所・幼稚園・学校	() 箇所	() 人	() 回	() 回

⑦平成 28 年 4 月～9 月で、地域住民に対する情報提供や相談、人材育成のための研修等の地域での活動（医療保険や介護保険によるものは除く）を行いましたか。 ※○はいくつでも

1. 行ったことはない
2. 地域住民に対する研修・勉強会の企画運営、又は講師
3. 地域ケア会議への参加
4. 災害時の避難行動要支援者（人工呼吸器装着者を含む）に対する個別支援計画策定への参画
5. 対応が終了した利用者や死亡した利用者家族の相談対応
6. 利用者以外の住民からの相談対応
7. 地域の医療機関・訪問看護ステーション等からの相談対応
8. 地域の医療機関・訪問看護ステーション等からの研修受け入れ
9. 看護学生等の医療・福祉・介護分野の学生の実習受け入れ
10. その他（具体的に _____)

5. 平成 28 年度の訪問看護に関する診療報酬項目の改定について、ご意見がございましたら具体的にお書きください。

6. ここからは平成 28 年 9 月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者 4 名について、利用状況等をお伺いします。回答する利用者は下記①～③の順に計 4 名お選びください。

- | |
|--|
| ① 15 歳未満の利用者のうち、五十音順で最初の利用者 1 名 |
| ② 精神科訪問看護基本療養費の算定利用者のうち、五十音順で最初の利用者 1 名 |
| ③ 上記①・②で選ばれた利用者を除く全利用者のうち、五十音順で早い利用者 2 名 |

※①・②に該当する利用者がいない場合は、③の条件での回答利用者数を増やして、合計 4 名分をご回答ください。
例えば、①に該当する利用者がいない場合は、②の条件で 1 名、③の条件で 3 名をご回答ください。

利用者 A～D

1) 性別	1. 男性 2. 女性	2) 年齢	() 歳
3) 要介護度 (直近)	0. 対象外 1. 自立・未申請 2. 申請中 3. 要支援 1・2 4. 要介護 1 5. 要介護 2 6. 要介護 3 7. 要介護 4 8. 要介護 5		
4) 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) (直近)	0. 自立 1. J 2. A 3. B 4. C 5. 不明		
5) 認知症高齢者の日常生活自立度 (直近)	0. 自立 1. I 2. II 3. III 4. IV 5. M 6. 不明		
6) 現在在宅療養を続けている原因の病名 (指示書にある傷病名を転記ください) ※○はいくつでも	1. 脳血管疾患 2. 循環器疾患 3. 悪性新生物 4. 内分泌疾患 5. 呼吸器疾患 6. 消化器疾患 7. 筋骨格・運動器疾患 8. 精神疾患 9. 神経難病 10. その他の神経疾患 10. その他 (具体的に)		
7) 別表第七の疾病等の該当の有無 ※○はいくつでも	0. 無 1. 末期の悪性腫瘍 2. 多発性硬化症 3. 重症筋無力症 4. スモン 5. 筋萎縮性側索硬化症 6. 脊髄小脳変性症 7. ハンチントン病 8. 進行性筋ジストロフィー症 9. パーキンソン病関連疾患 10. 多系統萎縮症 11. プリオン病 12. 亜急性硬化性全脳炎 13. ライソゾーム病 14. 副腎白質ジストロフィー 15. 脊髄性筋萎縮症 16. 球脊髄性筋萎縮症 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 18. 後天性免疫不全症候群 19. 頸髄損傷 20. 人工呼吸器を使用している状態		
8) 別表第八に掲げる特別な管理の有無 ※○はいくつでも	0. 無 1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理 2. 在宅気管切開患者指導管理 3. 気管カニューレ 4. 留置カテーテル 5. 在宅自己腹膜灌流指導管理 6. 在宅血液透析指導管理 7. 在宅酸素療法指導管理 8. 在宅中心静脈栄養法指導管理 9. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 10. 在宅自己導尿指導管理 11. 在宅人工呼吸指導管理 12. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 13. 在宅自己疼痛管理指導管理 14. 在宅肺高血圧症患者指導管理 15. 人工肛門・人工膀胱 16. 真皮を越える褥瘡 17. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定		
9) ターミナル期かどうか	1. ターミナル期→余命の見込み () か月 2. ターミナル期でない		
10) 超重症児・準超重症児かどうか (15 歳未満の場合)	1. 超重症児 2. 準超重症児 3. 非該当		
	(1. 超重症児/2. 準超重症児の場合) 特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無	1. 有 2. 無	
11) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期	平成 () 年 () 月頃		
12) 在宅移行前の場所	0. 特に入院・入所はしていない 1. 病院→病床 (a 一般 b 療養 c 回復期リハ d 地域包括ケア e 精神 f その他) 2. 有床診療所 3. 介護老人保健施設 4. 特別養護老人ホーム 5. その他		
13) 直近の退院月 (半年以内、直近)	1. 平成 28 年 () 月 2. 無 3. 不明		

14) 訪問看護の種別 (平成 28 年 9 月分)		1. 訪問看護基本療養費 2. 精神科訪問看護基本療養費
14) - 1 訪問看護基本療養費Ⅱまたは精神科訪問看護基本療養費Ⅱの算定の有無		1. 有 2. 無
15) 訪問看護の加算等の状況 (平成 28 年 9 月分) ※○はいくつでも ※精神科を含む		
1. 特別管理加算 2. 専門性の高い看護師による訪問→ (a 緩和ケア b 褥瘡ケア) 3. 複数名訪問看護加算→ (a 保健師・助産師・看護師 b リハビリ職 c 准看護師 d 看護補助者 e 精神保健福祉士) 4. 夜間・早朝訪問看護加算 5. 深夜訪問看護加算 6. 緊急訪問看護加算 7. 難病等複数回訪問加算 8. 精神科複数回訪問加算 9. 長時間訪問看護加算 10. 乳幼児加算・幼児加算 11. 24 時間対応体制加算・連絡体制加算 12. 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算		
16) 貴事業所からの訪問日数 (平成 28 年 9 月 1 か月間)		() 日
うち、緊急訪問の有無・回数・理由		1. 有→ () 回、理由 () 2. 無
うち、1 日につき複数回の訪問を行った日の有無・日数		1. 有→ () 日 2. 無
17) 直近の 1 回の訪問時間 (分) ※移動時間は含まない		() 分
18) 提供する職員の職種 ※○はいくつでも (平成 28 年 9 月の訪問者)		1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 精神保健福祉士 7. その他
19) 貴事業所以外に訪問看護を提供する事業所の有無・種別・訪問者の職種		1. 有→事業所の種別 (a 病院・診療所 b 訪問看護ステーション) →訪問者の職種 (a 看護職 b リハビリ職 c その他) 2. 無
20) 特別訪問看護指示書 (精神科を含む) の交付の有無・回数 (平成 28 年 4~9 月)		1. 有→ () 回 2. 無
(有の場合) 指示の内容 ※○はいくつでも		1. 褥瘡の処置 2. 点滴の投与・管理 3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察 4. その他 (具体的に)
21) 平成 28 年 9 月 1 か月間に訪問看護が提供したケア内容に全て○をつけてください (○はいくつでも)。また、直近 1 回の訪問時に行ったケア内容のうち、主なもの 3 つまでに◎をつけてください。		
1. ターミナル期のケア 2. 服薬援助 (点眼薬等を含む) 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 4. 経鼻経管栄養 5. 吸入・吸引 6. 創傷処置 7. 浣腸・摘便 8. 褥瘡の処置 9. 皮膚潰瘍等の処置 10. 採血 11. 検体採取 (10.以外) 12. 血糖自己測定の管理 13. インスリン注射 14. 点滴・中心静脈栄養・注射 (13.以外) 15. 膀胱 (留置) カテーテルの管理 16. 導尿 17. 人工肛門・人工膀胱の管理 18. 人工呼吸器の管理 19. 陽圧換気機器の管理 20. 気管切開の処置 21. 気管カニューレの交換 22. 酸素療法管理 (在宅酸素・酸素吸入) 23. 腹膜透析 24. がん末期の疼痛管理 25. 慢性疼痛の管理 (24.以外) 26. 精神症状の観察 27. 心理的支援 28. 口腔ケア 29. 洗髪・清拭・入浴介助 30. リハビリテーション 31. 合併症予防ケア (肺炎予防等) 32. 頻回の観察・アセスメント 33. 家族への指導・支援 34. サービスの連絡調整 35. その他 ()		
(リハビリテーションを行った場合) リハビリテーションの計画の有無		1. 有 2. 無
(リハビリテーションを行った場合) リハビリテーションの実施者		1. 主にリハビリ職 2. リハビリ職と看護職 3. 主に看護職
(1. 主にリハビリ職の場合) リハビリテーションへの看護職の関与		1. 看護職によるリハビリ実施はほとんどないが、訪問看護する日がある 2. 看護職がリハビリの計画策定・評価に関わっている 3. 看護職の関与なし (リハビリ職による計画・実施・評価)

⑦職員数		常勤	非常勤（常勤換算※）
	1) 歯科医師	() 人	() 人
	2) 看護師・准看護師	() 人	() 人
	3) 歯科衛生士	() 人	() 人
	4) 歯科技工士	() 人	() 人
	5) 管理栄養士・栄養士	() 人	() 人
	6) 言語聴覚士	() 人	() 人
	7) その他	() 人	() 人
	8) 合計	() 人	() 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1位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)

⑦-1 ⑦のうち、平成28年9月1か月間に歯科訪問診療等*に従事した職員数		常勤	非常勤（常勤換算）
	1) 歯科医師	() 人	() 人
	2) 看護師・准看護師	() 人	() 人
	3) 歯科衛生士	() 人	() 人
	4) 歯科技工士	() 人	() 人
	5) 管理栄養士・栄養士	() 人	() 人
	6) 言語聴覚士	() 人	() 人
	7) その他	() 人	() 人
	8) 合計	() 人	() 人

⑦-2 在宅歯科医療に係る経験が3年以上歯科医師（実人数）

() 人	() 人
-------	-------

* 歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、歯科衛生士の訪問による口腔衛生指導なども含みます。

⑧医療機器等の保有台数	1) 歯科ユニット台数	() 台
	2) ポータブル歯科治療用ユニット	() 台
	3) ポータブルエンジン（携帯用マイクロモーター）	() 台
	4) ポータブルバキューム	() 台
	5) ポータブル歯科用X線装置	() 台

⑨貴施設の常勤の歯科医師について、「在宅療養支援歯科診療所」の施設基準の届出様式に記載した受講済みの「高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修」に関して、その後に当該内容の研修の研修（類似する内容も含む）を受講したことはありますか。 ※〇は1つだけ

01. 受講したことがある
02. 受講したことはない

2. 貴施設における歯科訪問診療の実施状況等についてお伺いします。

①貴施設では、**歯科訪問診療（歯科衛生士のみは含まれません）**をどのような体制で行っていますか。最も当てはまるものを1つ選んでください。 ※〇は1つだけ

- 00. 直近1年間は歯科訪問診療を実施していない
- 01. 歯科訪問診療を専門に行っている（外来歯科診療は5%未満）
- 02. 患者の要望があれば、外来歯科診療の実施時間を調整し歯科訪問診療を行っている（→質問②へ）
- 03. 昼休み又は外来歯科診療の診療時間外に歯科訪問診療を行っている（→質問②へ）
- 04. 複数の歯科医師がいて、外来歯科診療と歯科訪問診療を同時に行っている（→質問②へ）
- 05. 特定の曜日・時間に歯科訪問診療を行っている（→質問②へ）
- 06. その他（具体的に _____）（→質問②へ）

【上記①で「00. 歯科訪問診療を実施していない」と回答した施設の方】

①-1 歯科訪問診療を実施していない理由は何ですか。※あてはまるものすべてに〇

- 01. 必要な状況になったら対応できるように体制は整えているものの、現在は歯科訪問診療を実施する意向がないから
- 02. 歯科訪問診療の依頼がないから
- 03. 診療報酬上の評価が低いから
- 04. その他（具体的に _____）

→歯科訪問診療を実施していない施設の方は以上で質問は終わりです。ご協力いただき、ありがとうございました。

【上記①で「01. 歯科訪問診療を専門に行っている」と回答した施設の方】

①-2 患者・家族等からの連絡（緊急時を含む）に対してどのような体制で対応していますか。 ※あてはまるものすべてに〇

- 01. 診療所の受付電話で対応（受付担当者が対応）
- 02. 診療所の受付電話が歯科医師に自動転送される
- 03. 歯科医師の携帯電話で対応
- 04. コールセンターが対応
- 05. その他（具体的に _____）

【上記①で「01. 歯科訪問診療を専門に行っている」と回答した施設の方】

①-3 外来歯科診療が必要な患者について診療を依頼している歯科医療機関数は何施設ありますか。

（ _____ ）施設

【上記①で「01. 歯科訪問診療を専門に行っている」と回答した施設の方】

①-4 平成28年4月以降、患者・家族等から往診や訪問診療を求められたものの対応ができなかったことはありますか。また、ある場合は、どのような理由によるものでしょうか。 ※〇は1つ

- 01. ある→対応できなかった理由
 [_____]
- 02. ない

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

②平成 27 年 9 月と平成 28 年 9 月の各 1 か月間の 1) 歯科外来患者総数（当月の初診患者と再診患者の延べ人数）、2) 歯科外来患者の実人数（当月のレセプト件数）をご記入ください。
注）該当患者がない場合は「0（ゼロ）」、わからない場合は「—」をご記入ください。

	平成 27 年 9 月	平成 28 年 9 月
1) 歯科外来患者総数（延べ人数）	() 人	() 人
2) 歯科外来患者数（実人数）	() 人	() 人

③貴施設が歯科訪問診療を開始したのはいつ頃ですか。

昭和・平成 () 年 () 月頃

④貴施設では、平成 28 年 4 月以降、「特別の関係」にある病院又は施設等への歯科訪問診療等がありますか。
※○は1つだけ

01. ある	02. 「特別の関係」にある施設はあるが、歯科訪問診療等を行っていない
03. 「特別の関係」にある施設がない	

※「特別の関係」にある病院又は施設等への歯科訪問診療等とは、歯科診療報酬点数表に関する留意事項通知の第 2 章 第 2 部 (9) (10) で規定されている歯科訪問診療を指します。

⑤平成 28 年 9 月 1 か月間に歯科訪問診療等を行った延べ日数（当月の歯科訪問診療を実施した延べ日数、歯科医師が 1 人で毎日実施の場合は「30 日」、歯科医師が 2 人以上の場合はそれぞれの歯科訪問診療の合計日数となります。）をご記入ください。歯科衛生士の訪問延べ日数も同様です。

1) 歯科医師が歯科訪問診療を行った延べ日数（歯科訪問診療料を算定した延べ日数及び特別の関係にある施設等での歯科訪問診療による初・再診料を算定した延べ日数の合計）	() 日
2) 歯科医師の指示のもとに、歯科衛生士が訪問歯科衛生指導（居宅療養管理指導を含む）を実施した延べ日数 ※歯科医師に同行した場合は含みません。	() 日

【上記⑤で患者数がすべて「0」であった施設の方にお伺いします】

⑤-1 貴施設では、平成 28 年 9 月 1 か月間の歯科訪問診療等の実績がなかったのはなぜですか。
※あてはまるものすべてに○

01. 調査対象月に歯科訪問診療等の依頼がなかったため
02. 調査対象月に入っていた歯科訪問診療の予約がキャンセルになったため
03. その他（具体的に)

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑥平成 28 年 9 月 1 か月間の歯科訪問診療等を行った患者数（実人数）をご記入ください。

1) 歯科訪問診療等の患者総数（実人数）（人）	() 人
2) 歯科医師が歯科訪問診療を行った患者の実人数（人）（レセプト件数） ※同じ患者に 2 回診療した場合も「1 人」。	() 人
3) 歯科医師が居宅療養管理指導を行った患者の実人数（人）	() 人
4) 歯科医師の指示のもと、歯科衛生士のみで訪問し、訪問歯科衛生指導（居宅療養管理指導を含む）を実施した患者の実人数（人）	() 人
5) 「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料」を算定した患者の実人数（人）	() 人

⑦平成 28 年 9 月 1 か月間の算定回数をご記入ください。 注) 該当なしは「0 (ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。	
1) 歯科訪問診療 1	() 回
上記 1) のうち、「著しく歯科診療が困難な者」又は「要介護 3 以上」に準じる状態により、20 分以上の診療が困難であった回数	() 回
2) 歯科訪問診療 2	() 回
3) 歯科訪問診療 3 ※ a) + b) - c) となります。	() 回
a) 上記 3) のうち、20 分未満の歯科訪問診療の算定回数 ※10 人以上、10 人未満を問わず 20 分未満の歯科訪問診療についてご記入ください。	() 回
b) 上記 3) のうち、同一建物で 10 人以上の患者の歯科訪問診療の算定回数 ※20 分未満、20 分以上を問わず 10 人以上の歯科訪問診療についてご記入ください。	() 回
c) 上記 3) のうち、20 分未満かつ同一建物で 10 人以上の歯科訪問診療の算定回数	() 回
4) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科医師)	() 回
5) 【介護保険】居宅療養管理指導費 (歯科衛生士)	() 回

⑧平成 28 年 9 月 1 か月間に、歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数についてご記入ください。	
1) 歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数 ※マンションなどの集合住宅の場合、「棟」単位	() か所
2) 1)のうち、自宅 (※1)	() か所
3) 1)のうち、居住系施設 (※2)	() か所
4) 1)のうち、介護老人保健施設	() か所
5) 1)のうち、介護老人福祉施設	() か所
6) 1)のうち、病院	() か所
7) 1)のうち、その他 ()	() か所

※1 「自宅」とは、施設以外で、戸建て (持家・借家問わず)、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2 「居住系施設」とは、上記の「※1」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設以外の居住先をいい、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等が該当します。

⑨平成 28 年 9 月に貴施設が歯科訪問診療を実施した患者のうち、「最も遠くに住む (貴施設からの移動時間が最も長い患家の) 患者」と「最も近くに住む (貴施設からの移動時間が最も短い患家の) 患者」について、以下の内容をお答えください。		
	最も遠くに住む患者	最も近くに住む患者
1) 患家に訪問するのに用いる交通手段 ※○はいくつでも	01. 徒歩 02. バス 03. 電車 04. 自動車 05. その他 ()	01. 徒歩 02. バス 03. 電車 04. 自動車 05. その他 ()
2) 移動に要する総時間 (往復)	往復 () 分	往復 () 分
3) 当該患家の「単一建物診療患者数」	() 人	() 人
4) 住居形態	01. 自宅 (上記※1) 02. 居住系施設 (上記※2) 03. 介護老人保健施設 04. 介護老人福祉施設 05. 病院 06. その他 ()	01. 自宅 (上記※1) 02. 居住系施設 (上記※2) 03. 介護老人保健施設 04. 介護老人福祉施設 05. 病院 06. その他 ()
5) 貴施設との位置関係		01. 同一敷地内 02. 隣接する敷地内 03. 同一・隣接敷地内ではない

⑩貴施設では、平成28年4月以降、周術期口腔機能管理に関連して（標榜している）病院への歯科訪問診療等がありますか。※〇は1つだけ

01. ある

02. ない（→質問⑩へ）

【上記⑩で「01. ある」と回答した施設の方】

⑩-1 歯科のある病院に訪問するようになったきっかけは何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇

- 01. 貴施設に通院していた患者からの依頼
- 02. 病院の歯科医師からの依頼
- 03. 病院の医師からの依頼
- 04. 地域歯科医師会からの依頼・紹介
- 05. その他（具体的に

)

【上記⑩で「01. ある」と回答した施設の方】

⑩-2 歯科のある病院に訪問する場合、貴施設はどのような治療等を実施していますか。 ※あてはまるものすべてに〇

- 01. 周術期口腔機能管理計画の策定
- 02. 歯周病検査、歯周基本治療
- 03. 口腔衛生指導
- 04. う蝕治療
- 05. 抜髄、感染根管治療
- 06. 抜歯
- 07. 義歯製作、義歯調整、有床義歯修理、有床義歯内面適合法
- 08. その他（具体的に

)

【上記⑩で「01. ある」と回答した施設の方】

⑩-3 歯科のある病院では、病院の歯科とどのように役割分担をしていますか。 ※あてはまるものすべてに〇

- 01. 患者毎に担当を分担している
 - 02. 治療内容でそれぞれの分担を取り決めている
- 貴施設が担当する内容（取り決めをしている内容）

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 021. 周術期口腔機能管理計画の策定 | 022. 歯周病検査、歯周基本治療 |
| 023. 口腔衛生指導 | 024. う蝕治療 |
| 025. 抜髄、感染根管治療 | 026. 抜歯 |
| 027. 義歯製作 | 028. 義歯調整、修理等 |
| 029. その他（具体的に | |

)

- 03. 患者毎に、術前に必要な治療のみ貴施設が分担している
- 04. 患者毎に、術前に必要な治療のみ病院の歯科が分担している
- 05. 役割分担について特に取り決めはない
- 06. その他（具体的に

)

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑪貴施設では、平成28年4月以降、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定したことがありますか。※〇は1つだけ

01. ある（→質問⑪-1へ）

02. ない（→7ページの質問⑪-2へ）

【上記⑪で「01. ある」と回答した施設の方】

⑪-1 平成28年3月以前に、摂食機能療法を算定したことはありますか。 ※〇は1つだけ

01. ある（→7ページの質問⑪-1-1へ）

02. ない（→7ページの質問⑪-2へ）

【上記⑪-1で「01. ある」と回答した施設の方】

⑪-1-1 摂食機能療法を算定していた時と比べて、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料では、対象患者や実際の診療内容に変化がありますか。 ※〇は1つだけ

01. ある →変化の内容

()

02. ない

→この後は質問⑫へ

【上記⑪で「02. ない」と回答した施設の方】

⑪-2 平成28年3月以前に、摂食機能療法を算定したことはありますか。 ※〇は1つだけ

01. ある

02. ない

【上記⑪で「02. ない」と回答した施設の方】

⑪-3 現在、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定していないのはなぜですか。
※あてはまるものすべてに〇

01. 対象となる患者がないから

02. 算定要件を満たすのが難しいから

03. その他（具体的に

)

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑫ 貴施設では、平成28年4月以降、栄養サポートチーム連携加算1・2を算定したことがありますか。
※〇は1つだけ

01. ある (→質問⑫-1へ)

02. ない (→質問⑫-4へ)

【上記⑫で「01. ある」と回答した施設の方】

⑫-1 貴施設がNSTやミールラウンド（食事観察）等に参加している施設はいくつありますか。

病院（

）施設

介護保険施設（

）施設

【上記⑫で「01. ある」と回答した施設の方】

⑫-2 貴施設では平成28年3月以前から、NSTやミールラウンド（食事観察）等に参加していますか。
※〇は1つだけ

01. 病院・介護保険施設のいずれにも参加している

02. 病院に参加している

03. 介護保険施設に参加している

04. 参加していない (→8ページの質問⑬へ)

【上記⑫で「01. ある」と回答した施設の方】

⑫-3 平成28年4月以降、NSTやミールラウンド（食事観察）等への参加依頼は増えましたか。
※〇は1つだけ

1) 病院

→

01. 増えた

02. 変わらない

2) 介護保険施設

→

01. 増えた

02. 変わらない

→8ページの質問⑬へ

【上記⑫で「02. ない」と回答した施設の方】

⑫-4 栄養サポートチーム連携加算1・2を算定していないのはなぜですか。 ※あてはまるものすべてに〇

01. 依頼があれば対応するが依頼がないため

02. 何をしてもよいかかわからないため

03. 定期的に参加するのが難しいため

04. 関心がないため

05. その他（具体的に

)

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑬貴施設では、在宅歯科医療推進加算の届出を行っていますか。 ※〇は1つだけ

01. 行っている

02. 行っていない (→質問⑭へ)

【上記⑬で「01. 行っている」と回答した施設の方】

⑬-1 貴施設では平成 28 年 3 月以前に、在宅かかりつけ歯科診療所加算の届出を行っていましたか。
※〇は1つだけ

01. 行っていた (→質問⑭へ)

02. 行っていない

【上記⑬-1 で「02. 行っていない」と回答した施設の方】

⑬-1-1 平成 28 年 4 月以降、在宅歯科医療推進加算の届出を行ったのはなぜですか。
※あてはまる番号すべてに〇

01. 歯科訪問診療に関する要件が緩和されたため

02. 歯科訪問診療の患者数が増加したため

03. その他 (具体的に)

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

⑭貴施設が歯科訪問診療を行う上でお困りになっていることは何ですか。 ※あてはまるものすべてに〇

00. 困っていることは何もない (→質問 3. ①へ)

01. 歯科訪問診療を行うための歯科衛生士を確保することが難しい

02. 歯科訪問診療を行うための歯科医師以外の医療スタッフ (歯科衛生士を除く) を確保することが難しい

03. 歯科訪問診療を行う際に、経営上、歯科医師以外の医療スタッフを同行させることが難しい

04. 歯科訪問診療用の器具・機材の購入にコストがかかる

05. 歯科訪問診療に当たっての器具・機材の準備と後片付けに時間がかかる

06. 医療保険請求の確認等事務処理に困難がある

07. 介護保険の確認等事務処理に困難がある

08. 他機関・他職種との連携を構築することが難しい

09. 外来歯科診療を行っており、歯科訪問診療を行うための時間を確保することが難しい

10. 歯科訪問診療を行うのは効率が悪い

11. 歯科訪問診療を行うための体力 (身体的な) がない

12. 訪問先での駐車場を確保するのが難しい

13. 歯科訪問診療中に患者の急変等が発生した場合の対応に不安がある

14. その他 (具体的に)

⑭-1 上記⑭のうち、最も困っていることは何ですか。

※上記⑭の 01. ~14. の番号の中からあてはまる番号を1つだけご記入ください。

【歯科訪問診療を行っている全ての施設の方にお伺いします。】

3. 他施設等との連携状況についてお伺いします。

①平成 28 年 8 月~10 月の 3 か月間について、医科医療機関・歯科医療機関との患者紹介や情報提供・共有等の状況をご記入ください。

1) 医科医療機関からの患者 (外来診療) 紹介 ※周術期口腔機能管理を除く	01. あり	02. なし
2) 医科医療機関への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
3) 医科医療機関からの周術期口腔機能管理に関する依頼	01. あり	02. なし
4) 医科医療機関での栄養サポートチームへの参加	01. あり	02. なし

5) 医科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定したもの)	01. あり	02. なし
6) 医科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定していないもの)	01. あり	02. なし
7) 外科的処置等の専門的な治療を歯科医療機関へ依頼	01. あり	02. なし
8) 歯科医療機関からの患者(外来診療)紹介	01. あり	02. なし
9) 歯科医療機関からの歯科訪問診療の依頼 * 1	01. あり	02. なし
10) 歯科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定したもの)	01. あり	02. なし
11) 歯科医療機関への文書による診療情報提供 (診療情報提供料を算定していないもの)	01. あり	02. なし

* 1 歯科訪問診療: 歯科医師による歯科訪問診療の他、歯科衛生士の訪問による口腔衛生指導なども含みます。

【上記①の6) または 11) で「01. あり」と回答した施設の方にお伺いします】

①-1 診療情報提供料を算定していないが文書による情報提供を行っている場合、情報提供の具体的な内容についてご記入ください。

②平成 28 年 8 月～10 月の 3 か月間について、介護保険施設等との連携状況をご記入ください。		
1) 介護療養型医療施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
2) 介護老人保健施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
3) 介護老人福祉施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
4) 居住系高齢者施設等(サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス、認知症グループホーム等)への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
5) その他の施設への歯科訪問診療 * 1	01. あり	02. なし
6) 上記 1)～3)の施設で実施される NST・ミールラウンド等への参加	01. あり	02. なし
7) 上記 4)、5)の施設で実施される NST・ミールラウンド等への参加	01. あり	02. なし
8) 施設等で行われる口腔衛生管理への協力(歯科訪問診療以外で実施するもの) * 2	01. あり	02. なし
9) 施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施	01. あり	02. なし
10) 協力歯科医院に指定されている介護保険施設等	01. あり	02. なし
11) 地域包括支援センターからの患者紹介や情報共有等	01. あり	02. なし
12) 居宅介護支援事業所(ケアマネ)からの患者紹介や情報共有等	01. あり	02. なし

* 2 施設等で行われる口腔衛生管理への協力: 介護保険による口腔衛生管理への協力や歯科検診など、診療報酬とは関連しない口腔衛生管理などを指します。

③直近の 1 年間で、上記質問①・②以外に、地域の在宅医療・介護等を担う医療機関・事業所との連携や、地域住民を対象とした活動等を行っていますか。※あてはまるものすべてに○		
00. 上記質問①・②以外に行っていることはない		
01. 地域ケア会議、サービス担当者会議、地域の医療・介護等の関係者との連携のための会議などへの参加		
02. 地域の医療機関や介護サービス事業所等が開催する会議・研修会・勉強会などへの参加(NST、ミールラウンドへの参加を除く)		
03. 自治体や各種団体等が地域で開催する地域住民を対象とした事業への協力		
04. 健康相談の実施、健診事業への協力		
05. 介護保険に係る相談の実施		
06. その他(具体的に)		

④貴施設が連携している機関等は他にありますか。 ※あてはまるものすべてに○

01. 歯科医師会	02. 医師会	03. 保険薬局	04. 訪問看護ステーション
05. 居宅介護支援事業所	06. 地域包括支援センター	07. 行政（保健所）	
08. その他（具体的に _____）			
09. いずれとも連携していない（→質問⑤へ）			

【上記④で連携があると回答した施設の方】

④-1 具体的にどのような連携がありましたか。 ※あてはまるものすべてに○

01. 診療依頼や歯科に関する相談を受けた	02. 歯科治療を行う上で必要な情報提供を行った
03. 多職種が集まる会議に出席した	04. その他（具体的に _____）

⑤歯科訪問診療において、他施設と連携を進める際に、貴施設がお困りになっていることがあれば、具体的にご記入ください。

4. 調査日（平成 28 年 9 月 1 日～9 月 30 日の間で 1 日の歯科訪問診療等の実績が最も多かった日）における歯科訪問診療の実施状況等についてお伺いします。

（1）調査日における歯科訪問診療の概要をお伺いします。

①調査日に歯科訪問診療等（歯科衛生士のみの場合も含む）を行った職員数についてお答えください。

A) 歯科医師	() 人	B) 歯科衛生士	() 人
C) その他の職員	() 人	D) 合計	() 人

②調査日に歯科訪問診療等（歯科衛生士のみの場合も含む）に行った患者数、このうち同一建物で複数の患者となった人数、診療等合計時間（患家等で実際に診療に要した時間・機器の準備等を含む）をお答えください。なお、2) と 4) と 5) の診療等合計時間では、指定の職種が担当した合計時間のみをご記入ください。

	歯科訪問診療等を行った患者数/日	同一建物内の患者数/日	診療等合計時間/日
1) 歯科医師（上記 A）が 1 人で訪問したもの	() 人	() 人	() 分
2) 歯科医師及び歯科衛生士（上記 A・B）が訪問したもの	() 人	() 人	歯科医師の診療時間 → () 分 歯科衛生士の指導時間 → () 分
3) 歯科医師及びその他の職員（上記 A・C）が訪問したもの	() 人	() 人	() 分
4) 歯科医師及び歯科衛生士及びその他の職員（上記 A・B・C）が訪問したもの	() 人	() 人	歯科医師の診療時間 → () 分 歯科衛生士の指導時間 → () 分
5) 歯科医師の指示のもとに歯科衛生士が訪問したもの（歯科衛生士及びその他の職員が訪問した場合も含む）（上記 B・C）	() 人	() 人	歯科衛生士の指導時間 → () 分

（2）調査日に歯科訪問診療を行った患者のうち、最初に訪問した患者（患者 A）と、最後に訪問した患者（患者 B）の診療状況等をお伺いします。

平成 28 年*月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療／訪問看護
の実施状況調査」へのご協力をお願い(案)

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 28 年 4 月の診療報酬改定においては、休日の往診・看取り・重症児に対する医学管理等について実績を有する医療機関に対して評価が行われるとともに、個々の患者の状態や居住場所に応じたきめ細やかな報酬体系に見直しが行われました。また、在宅医療専門の保険医療機関が設けられました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 28 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、****を対象に、****の状況等について調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

平成 28 年*月*日（*）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-1 1-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「精神疾患患者の地域移行・地域生活支援の推進や適切な向精神薬の使用の
推進等を含む精神医療の実施状況調査」調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 28 年度診療報酬改定では、長期入院患者の退院と病床数の適正化に取り組む精神病棟の評価や、長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化等、精神疾患患者の地域移行や生活支援に着目した対応が行われた。また、向精神薬の多剤・大量処方が行われている患者に対する評価の見直しが行われた。

本調査では、これらの診療報酬改定の内容を踏まえ、精神病棟の患者の状況や地域移行の状況、精神科デイ・ケア等における地域生活支援の実施状況、向精神薬の処方の実態等を把握し、診療報酬改定の結果を検証する。

<調査のねらい>

- ・ 精神病棟の患者の状態や退院支援の実施状況等の把握
- ・ 精神科デイ・ケア等における地域生活支援の実施状況等の把握
- ・ 向精神薬の多剤・大量処方の適正化の状況等の把握 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

①病院票

- ・ 地域移行機能強化病棟入院料を算定する病院（悉皆）
- ・ 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っている病院（悉皆）
- ・ 精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料を算定する病院の中から無作為抽出した病院
- ・ 上記合わせて 1,000 施設程度

②診療所票

- ・ 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っている診療所（悉皆）
- ・ 精神科デイ・ケア等の届出を行っている診療所の中から無作為抽出した診療所
- ・ 上記合わせて 500 施設程度

③入院患者票

- ・ 上記①の施設の地域移行機能強化病棟入院料算定病棟に入院している患者 2 名（入院期間が 5 年以上の患者 1 名、5 年未満の患者 1 名）
- ・ 上記①の施設の精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料算定病棟に長期にわたり入院している患者各 1 名
- ・ 上記により、1 施設につき最大 4 名

④精神科デイ・ケア等患者票

- ・ 上記①②の施設の精神科デイ・ケア等を3年超継続して実施している患者と1年超3年未満継続して実施している患者各1名

○調査方法（案）

- ・ 施設宛ての自記式調査票を郵送配布し、郵送回収する。

■ 調査項目（案）

※調査票（案） 参照

■ 調査スケジュール（案）

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査票案の作成	→							
調査客体の抽出・名簿作成		→						
調査票印刷・封入・発送			→					
調査実施期間			→					
督促状印刷・発送				→				
調査票回収・検票			→					
データ入力 データクリーニング				→				
集計・分析					→			
報告(案)の作成					→			
報告書のとりまとめ						→		
調査検討委員会の開催	★					★		

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度調査）

精神医療の実施状況調査 病院票（案）

※この「病院票」は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。

※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。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「○（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない質問については、平成28年9月30日時点の状況についてご記入ください。

※「平成27年9月」と記載の質問については平成27年9月30日時点または平成27年9月1か月間の状況を、「平成28年9月」と記載の質問については平成28年9月30日時点または平成28年9月1か月間の状況をご記入ください。

1. 貴施設の概要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 ※○は1つだけ	01. 国 02. 公立 03. 公的 04. 社会保険関係団体 05. 医療法人 06. 個人 07. 学校法人 08. 社会福祉法人 09. その他（具体的に)
④同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 ※あてはまる番号すべてに○	01. 該当なし 02. 介護老人保健施設 03. 介護老人福祉施設 04. 訪問看護ステーション 05. 居宅介護支援事業所 06. 地域包括支援センター 07. 訪問介護事業所 08. 小規模多機能型居宅介護事業所 09. 通所介護事業所 10. 介護療養型医療施設 11. 障害福祉サービス事業所 12. その他（具体的に)
⑤病院種別 ※○は1つだけ	01. 精神科病院（単科） 02. 精神科病院（内科等併設あり） 03. 精神科を有する特定機能病院 04. 精神科を有する一般病院
⑥貴施設が標榜している診療科は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
01. 内科 02. 外科 03. 整形外科 04. 脳神経外科 05. 小児科 06. 呼吸器科 07. 消化器科 08. 循環器科 09. 精神科 10. 心療内科 11. 眼科 12. 皮膚科 13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. リハビリテーション科 16. 歯科（歯科口腔外科等含む） 17. その他（具体的に)	
⑦貴施設が届出を行っている精神科病棟の入院基本料等は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 10対1入院基本料 02. 13対1入院基本料 03. 15対1入院基本料 04. 18対1入院基本料 05. 20対1入院基本料 06. 特別入院基本料 07. 特定機能病院入院基本料（精神科病棟） 08. 精神科救急入院料 09. 精神科急性期治療病棟入院料1 10. 精神科急性期治療病棟入院料2 11. 精神科救急・合併症入院料 12. 児童・思春期精神科入院医療管理料 13. 精神療養病棟入院料 14. 認知症治療病棟入院料 15. 地域移行機能強化病棟入院料	
⑧貴施設が届出を行っている入院基本料等加算（精神科）は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
01. 精神科応急入院施設管理加算 02. 精神科病棟入院時医学管理加算 03. 精神科地域移行実施加算 04. 精神科身体合併症管理加算 05. 重度アルコール依存症入院医療管理加算 06. 摂食障害入院医療管理加算 07. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 08. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 09. 精神科急性期医師配置加算	

⑨平成 27 年 9 月及び平成 28 年 9 月における、1) 病棟数、2) 許可病床数をそれぞれご記入ください。
※該当病床がない場合は、病棟数と許可病床数には「0」をご記入ください。

		一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床	全体
1) 病棟数	平成 27 年 9 月	棟	棟	棟	棟	棟	棟
	平成 28 年 9 月	棟	棟	棟	棟	棟	棟
2) 許可 病床数	平成 27 年 9 月	床	床	床	床	床	床
	平成 28 年 9 月	床	床	床	床	床	床

⑩平成 27 年 9 月及び平成 28 年 9 月における、精神病床の各入院料別の 1) 病棟数、2) 届出病床数、3) 病床利用率^{注1}、4) 平均在院日数^{注2}をそれぞれご記入ください。
※該当病床がない場合は、病棟数と病床数には「0」、病床利用率と平均在院日数には「/」をご記入ください。

	平成 27 年 9 月				平成 28 年 9 月			
	1) 病棟数	2) 届出 病床数	3) 病床 利用率 ^{注1}	4) 平均在 院日数 ^{注2}	1) 病棟数	2) 届出 病床数	3) 病床 利用率 ^{注1}	4) 平均在 院日数 ^{注2}
精神病床全体	棟	床	%	日	棟	床	%	日
地域移行機能強化病棟入院料	/	/	/	/	棟	床	%	日
精神病棟入院基本料 1.5 対 1 ※特定機能病院入院基本料 (精神病棟) は含まない	棟	床	%	日	棟	床	%	日
精神療養病棟入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
認知症治療病棟入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
その他の精神科病棟	棟	床	/	/	棟	床	/	/

注 1. 病床利用率は平成 27 年 7 月～9 月、平成 28 年 7 月～9 月のそれぞれ 3 か月の病床利用率をご記入ください。なお、精神病床の内訳については、当該特定入院料の届出病床に入院した全ての患者（算定要件に該当しない患者を含む）をもとに算出してください。

病床利用率 = (7 月～9 月の在院延べ患者数) ÷ {(月間日数 × 月末病床数) の 7 月～9 月の合計}

注 2. 平均在院日数は平成 27 年 7 月～9 月、平成 28 年 7 月～9 月のそれぞれ 3 か月の平均在院日数をご記入ください。平均在院日数の計算式は、以下の通りです（小数点以下は切り上げてください）。

平均在院日数 = (7 月～9 月の在院患者延べ日数) ÷ {(7 月～9 月の新入棟患者数 + 7 月～9 月の新退棟患者数) / 2}

また、転棟患者についても、当該病棟に入棟した場合は新入棟患者として、当該病棟から他病棟に転棟した場合は退棟患者として対象に含めて算出してください。

なお、精神病床の内訳については、当該特定入院料の届出病床に入院した全ての患者（算定要件に該当しない患者を含む）をもとに算出してください。

3. 地域移行機能強化病棟についてお伺いします。

①貴施設は、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていますか。 ※○は1つだけ	
01. 届出をしていない	02. 届出をしている→質問②へ
①-1 現在、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていない理由は何ですか。 ※○は1つだけ	
01. 長期入院患者がいない・少ないため 02. 転換に適した病床がないため（精神科急性期病床のみ、精神病床が少ないなど） 03. 地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため 04. 精神病床の削減は経営的に困難なため 05. 施設基準の要件を満たせないから 06. その他（具体的に _____ ）	
①-1-1 満たせない要件は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 病棟配置の医師の確保 02. 病棟配置の看護職員の確保 03. 病棟配置の専従の常勤精神保健福祉士の確保 04. 病棟配置のその他の職員の確保 05. 常勤の臨床心理技術者の配置 06. 退院支援部署の設置 07. 退院支援相談員の確保 08. 病床利用率が90%以上 09. 自宅等退院患者が1.5%以上	
①-2 今後、地域移行機能強化病棟入院料の届出を行う意向はありますか。 ※○は1つだけ	
01. 具体的な予定がある→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月 02. （具体的な予定はないが、）届出を行う意向がある 03. 検討中であり、まだわからない 04. 届出を行う意向はない 05. その他（具体的に _____ ）	
①-2-1 どのような状況があれば、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしようと思いますか。具体的に ご記入ください。	

→7ページの質問4. ①へ

【地域移行機能強化病棟入院料の届出をしている施設の方】

②地域移行機能強化病棟入院料の届出をした時期はいつですか。	
平成28年（ ）月	
③地域移行機能強化病棟に転換した病床種別は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 10対1入院基本料 02. 13対1入院基本料 03. 15対1入院基本料 04. 18対1入院基本料 05. 20対1入院基本料 06. 特別入院基本料 07. 特定機能病院入院基本料（精神病棟） 08. 精神科救急入院料 09. 精神科急性期治療病棟入院料1 10. 精神科急性期治療病棟入院料2 11. 精神科救急・合併症入院料 12. 児童・思春期精神科入院医療管理料 13. 精神療養病棟入院料 14. 認知症治療病棟入院料 15. その他（ ）	

⑨上記⑧以外に実施している退院支援業務等があれば具体的にご記入ください。

--

⑩平成 28 年 9 月 1 か月間に地域移行機能強化病棟に新たに入院・入棟した患者数をご記入ください。

※2)～7)の合計が1)と一致することをご確認ください。

1) 地域移行機能強化病棟入院料算定病床における新規入院・入棟患者数	人
2) 上記1)のうち、自院の精神療養病棟から転棟した患者数	人
3) 上記1)のうち、自院の精神病棟入院基本料(15対1)算定病棟から転棟した患者数	人
4) 上記1)のうち、自院の認知症治療病棟から転棟した患者数	人
5) 上記1)のうち、自院の上記以外の病床から転棟した患者数	人
6) 上記1)のうち、他院から転院した患者数	人
7) 上記1)のうち、自宅等、医療機関以外から入院した患者数	人

⑪平成 28 年 9 月 1 か月間に地域移行機能強化病棟から退院・転院した患者(転棟患者除く)についてそれぞれご記入ください。

	退院患者数	転院患者数
1) 地域移行機能強化病棟入院料算定病床における退院患者数と転院患者数(※転棟患者除く)	人	人
2) 上記1)のうち、入院期間が1年超の患者数	人	人
3) 上記1)のうち、自宅(親族の含まむ)・賃貸住宅に退院した患者数	人	
4) 上記1)のうち、退院し、グループホーム・ケアホームに入所した患者数	人	
5) 上記1)のうち、退院し、認知症対応型共同生活介護に入所した患者数	人	
6) 上記1)のうち、退院し、介護保険施設(特養・老健)に入所した患者数	人	
7) 上記1)のうち、退院し、有料老人ホーム・サ高住に入所した患者数	人	

⑫貴施設では、病床削減後に、どのようなサービス・事業を新たに実施したいと考えていますか。(下記の選択肢には法人種別により実施できないものも含まれています) ※あてはまる番号すべてに○

01. 特にない		
【医療サービス】		
02. 精神科救急・急性期病床	03. 重度かつ慢性等の精神障害者に医療を提供する病床	
04. 精神科外来	05. 精神科デイ・ケア等	06. 訪問診療
07. 訪問看護		
【介護サービス等】		
08. 短期入所療養介護	09. 介護老人保健施設	10. 介護老人福祉施設
11. 軽費老人ホーム	12. 養護老人ホーム	13. 有料老人ホーム
14. サ高住	15. 認知症高齢者グループホーム	
16. その他介護サービス(具体的に)
【障害福祉サービス】		
17. 居宅介護	18. 重度訪問介護	19. 行動援護
20. 生活介護	21. 重度障害者等包括支援	22. 自立訓練(機能訓練)
23. 自立訓練(生活訓練)	24. 宿泊型自立訓練	25. 就労移行支援
26. 就労継続支援A型	27. 就労継続支援B型	28. 相談支援
29. 共同生活援助(グループホーム)		30. 短期入所(障害福祉サービス)
31. その他障害福祉サービス(具体的に)

4. 貴施設における精神科デイ・ケア等の取組状況についてお伺いします。

「精神科デイ・ケア等」とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアをいいます。

①貴施設が届出を行っている**精神科デイ・ケア等**は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

00. 届出をしていない (→8ページの質問5.①へ)
 01. 精神科ショート・ケア (小規模なもの) 02. 精神科ショート・ケア (大規模なもの)
 03. 精神科デイ・ケア (小規模なもの) 04. 精神科デイ・ケア (大規模なもの)
 05. 精神科ナイト・ケア 06. 精神科デイ・ナイト・ケア

②貴施設が実施する**精神科デイ・ケア等**に従事している職員数(実人数)をご記入ください。

	平成27年9月		平成28年9月	
	専従 ^{注4}	専任 ^{注4}	専従 ^{注4}	専任 ^{注4}
1) 医師	人	人	人	人
2) 看護師・准看護師	人	人	人	人
3) 作業療法士	人	人	人	人
4) 精神保健福祉士	人	人	人	人
5) 社会福祉士(上記4)を除く)	人	人	人	人
6) 臨床心理技術者(上記4)5)を除く)	人	人	人	人
7) 看護補助者	人	人	人	人
8) その他()	人	人	人	人
9) 合計	人	人	人	人

注4. 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。

③平成28年9月1か月間に**精神科デイ・ケア等**を行った患者数をご記入ください。

※「(うち)1年超の患者数」には「(うち)3年超の患者数」も含まれます。

	患者数	(うち)早期加算の患者数	(うち)1年超の患者数	(うち)3年超の患者数
1) 精神科ショート・ケア	人	人	人	人
2) 精神科デイ・ケア	人	人	人	人
3) 精神科ナイト・ケア	人	人	人	人
4) 精神科デイ・ナイト・ケア	人	人	人	人

④平成28年4月～9月の月平均患者数と平均実施期間をご記入ください。

※精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書(地方厚生局届出 別紙様式31)による

1) 精神科デイ・ケア等を月1回以上実施した患者の数の平均	人
2) 精神科デイ・ケア等を月14回以上実施した患者の数の平均	人
3) 精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から平成28年9月末までの月数の平均	月

⑤貴施設で実施している精神科デイ・ケア等のプログラムの種類としてあてはまる番号に○をつけてください。

※あてはまる番号すべてに○

01. 疾患別プログラム

- | | | | |
|------------|----------------|---------------|------------|
| 011. 統合失調症 | 012. 気分障害 | 013. アルコール依存症 | 014. 双極性障害 |
| 015. 不安障害 | 016. 発達障害 | 017. 強迫性障害 | 018. 摂食障害 |
| 019. 薬物依存 | 020. その他（具体的に） | | |

02. 年代別プログラム

- | | | | |
|------------------------------|----------|----------|----------|
| 021. 高齢者 | 022. 青年期 | 023. 思春期 | 024. 児童期 |
| 025. その他対象とする年代を区切ったもの（具体的に） | | | |

03. 病期別プログラム

- | | |
|-------------------------|--------------|
| 031. 慢性期 | 032. 急性期退院直後 |
| 033. その他病期を区切ったもの（具体的に） | |

04. 目的別プログラム

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 041. 家事等、日常生活技能の習得 | 042. 症状や再発サインへの対処スキルの獲得 |
| 043. 疾病と治療についての理解 | 044. 復職支援 |
| 045. 服薬アドヒアランスの向上 | 046. レクリエーションを目的としたもの |
| 047. 自己存在感を培う場所確保を目的としたもの | 048. 友人作りを目的としたもの |
| 049. 就学・就労支援 | 050. その他（具体的に） |

05. 利用期間別プログラム 06. その他（具体的に）

⑥貴施設では、精神科デイ・ケア等の実施日にいくつのプログラムを設けていますか。※○は1つだけ

01. 1種類

02. 2種類

03. 3～5種類

04. 6種類以上

⑥-1 どのような方法でプログラムを選択・決定していますか。※最も多いものに○は1つだけ

01. デイ・ケア実施日の来院時に、本人がその都度決定
02. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定
03. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職がその都度決定
04. 1か月単位・1週間単位などで、本人が決定
05. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が本人の意向を踏まえて決定
06. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が決定
07. その他（具体的に）

5. 精神科訪問看護の状況についてお伺いします。

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。 ※○は1つだけ

01. 病院（貴施設）が行っている
02. 病院（貴法人）設置の訪問看護ステーションが行っている（→10ページの質問6. ①へ）
03. 行っていない（→10ページの質問6. ①へ）

②精神科訪問看護に携わる職員数（常勤換算*）をお答えください。 ※病棟看護職員による退院前訪問看護は含みません。

	保健師・ 看護師	准看護師	作業療法士	精神保健 福祉士	その他	合計
平成27年9月
平成28年9月

*非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。（小数点以下第1位まで）

■1週間に複数勤務の場合：（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）

③精神科訪問看護を開始した時期	平成（ ）年（ ）月
-----------------	------------

④平成28年9月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数（実人数）	人
-----------------------------------	---

⑤上記④のうち、身体疾患を有する患者数（実人数）	人
--------------------------	---

⑥上記④のうち、他の精神科療法を行った患者数（実人数）	人
-----------------------------	---

⑦上記④のうち、新規の患者数（実人数） ※「新規の患者数」とは、平成28年9月に精神科訪問看護を開始した患者数	人
--	---

⑧平成28年9月25日～10月1日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数（実人数）をお答えください。					
---	--	--	--	--	--

週1回	週2回	週3回	週4回	週5回以上	合計
人	人	人	人	人	人

⑨平成28年9月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数（人）と算定回数（回）をお答えください。			
---	--	--	--

		30分未満	30分以上	合計
精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）		人 回	人 回	人 回
	（うち）保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
	（うち）準看護師による算定回数	回	回	回
精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物居住者）		人 回	人 回	人 回
	（うち）保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
	（うち）準看護師による算定回数	回	回	回

⑩精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）について、1）施設への訪問延べ日数、2）対象としている患者数（対象人員）、3）算定回数（合計）をご記入ください。 ※平成28年9月1か月間		
--	--	--

1) 施設への訪問延べ日数	2) 対象人員	3) 算定回数（合計）
日	人	回

⑪精神科訪問看護・指導料の加算を算定した患者数と算定回数をご記入ください。 ※平成28年9月1か月間				
--	--	--	--	--

	1) 長時間精神科訪問看護・指導加算	2) 夜間・早朝訪問看護加算	3) 深夜訪問看護加算	4) 精神科緊急訪問看護加算
算定患者数	人	人	人	人
算定回数	回	回	回	回

⑫精神科訪問看護の患者（上記④の患者数）のうち、1日に複数回の訪問看護を行った患者数（実人数）※加算の有無は問いません	人
---	---

⑬平成28年9月における精神科訪問看護の患者（上記④の患者数）のうち、精神科複数回訪問加算を算定した患者数と算定回数		1) 算定患者数	2) 算定回数
	1日に2回	人	回
	1日に3回以上	人	回

⑦上記⑥で「精神科重症患者早期集中支援管理料」を算定した患者について詳細をお答えください。
患者1人につき1行でお答えください。11人以上患者がいる場合は、算定開始時期が早い順に10人までお答えください。 ※平成28年9月1か月間

患者通し番号	A. 性別		B. 年齢	C. 算定回数	D. 状況		E. 直近の入院形態 (D. で「02」の場合のみ)			F. 患者の状態			
	男性	女性	※平成28年9月末	計回数	1年以上入院して退院した患者	患者入退院を繰り返す	措置入院	緊急措置入院	医療保護入院	統合失調症	統合失調症型障害 または妄想障害	気分(感情)障害	重度認知症の状態
1	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
2	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
3	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
4	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
5	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
6	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
7	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
8	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
9	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
10	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04

→12 ページの質問 7. ①へ

【届出のない施設の方】
⑧貴施設が「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準の届出を行っていないのはなぜですか。
※あてはまる番号すべてに○

01. 専任のチームを構成する人員が不足しているため
→不足している人材：
(011. 精神保健指定医 012. 看護師・保健師 013. 精神保健福祉士 014. 作業療法士)

02. 専従者1人を配置することが経営上難しいため
03. 多職種会議を週1回以上開催することが難しいため
04. 月1回以上保健所または精神保健福祉センター等多職種会議を開催することが難しいため
05. 訪問診療を実施していないため
06. 訪問診療を実施しているが、24時間往診体制を確保できないため
07. 24時間連絡対応が可能な体制を確保できないため
08. 24時間の看護師・保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保できないため(連携も含めて)
09. 地域の精神科救急医療体制整備事業に参加していないため
10. 1年超の入院患者がいないため
11. 重症患者がいないため
12. 精神科重症患者早期集中支援管理料ではなく、在総管又は施設総管を算定することが可能なため
13. その他(具体的に)

⑧-1 上記⑧でお選びになった理由のうち、最も大きな理由としてあてはまる番号を1つだけご記入ください。

⑨貴施設では、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準の届出意向がありますか。※○は1つだけ

01. ある 02. ない

7. 精神科救急医療体制整備事業への参加状況等についてお伺いします。

①貴施設では、以下の身体合併症の患者への対応はどのような状況でしょうか。それぞれ、最も近いものの番号に1つだけ○をつけてください。※○はそれぞれ1つだけ

	対応可能	対応可能状態は対	対応困難
1) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）の患者	1	2	3
2) 心疾患（New York Heart Association の心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）の患者	1	2	3
3) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者	1	2	3
4) 脊髄損傷の患者	1	2	3
5) 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者	1	2	3
6) 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）の患者	1	2	3
7) 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者	1	2	3
8) 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒Ⅰ期、Ⅱ期又は敗血症）患者	1	2	3
9) 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者	1	2	3
10) 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者	1	2	3
11) 劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者	1	2	3
12) 悪性症候群又は横紋筋融解症の患者	1	2	3
13) 広範囲（半肢以上）熱傷の患者	1	2	3
14) 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者	1	2	3
15) 透析導入時の患者	1	2	3
16) 重篤な血液疾患（ヘモグロビン7g/dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者	1	2	3
17) 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者	1	2	3
18) 手術室での手術を必要とする状態の患者	1	2	3
19) 膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る）の患者	1	2	3
20) 妊産婦である患者	1	2	3

8. 精神疾患を有する患者の地域移行と地域定着を推進するため、今後、どのような取組が必要とお考えになりますか。

病院票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度調査）

精神医療の実施状況調査 診療所票（案）

- ※この「診療所票」は、診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。
- ※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。
- ※特に断りのない質問については、平成28年9月30日時点の状況についてご記入ください。
- ※「平成27年9月」と記載の質問については平成27年9月30日時点または平成27年9月1か月間の状況を、「平成28年9月」と記載の質問については平成28年9月30日時点または平成28年9月1か月間の状況をご記入ください。

1. 貴施設の概要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※○は1つだけ	01. 医療法人	02. 個人	03. その他（具体的に)	
④種別※○は1つだけ	01. 有床診療所		02. 無床診療所	
⑤同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 ※○はいくつでも	01. 該当なし	02. 介護老人保健施設	03. 介護老人福祉施設	
	04. 訪問看護ステーション	05. 居宅介護支援事業所	06. 地域包括支援センター	
	07. 訪問介護事業所	08. 小規模多機能型居宅介護事業所		
	09. 通所介護事業所	10. 介護療養型医療施設		
	11. 障害福祉サービス事業所	12. その他（具体的に)		
⑥貴施設が、標榜している診療科は何ですか。※あてはまる番号すべてに○				
01. 内科	02. 外科	03. 整形外科	04. 脳神経外科	05. 小児科
06. 呼吸器科	07. 消化器科	08. 循環器科	09. 精神科	10. 心療内科
11. 眼科	12. 皮膚科	13. 耳鼻咽喉科	14. 泌尿器科	15. リハビリテーション科
16. 歯科（歯科口腔外科等含む）	17. その他（具体的に)			
⑦【有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。				
一般病床	療養病床	(うち) 介護療養病床	全体	
床	床	床	床	

2. 貴施設における精神科デイ・ケア等の取組状況についてお伺いします。

「精神科デイ・ケア等」とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアをいいます。

①貴施設が届出を行っている精神科デイ・ケア等は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
00. 届出をしていない（→3ページの質問3.①へ）	
01. 精神科ショート・ケア（小規模なもの）	02. 精神科ショート・ケア（大規模なもの）
03. 精神科デイ・ケア（小規模なもの）	04. 精神科デイ・ケア（大規模なもの）
05. 精神科ナイト・ケア	06. 精神科デイ・ナイト・ケア

②貴施設が実施する精神科デイ・ケア等に従事している職員数（実人数）をご記入ください。	平成 27 年 9 月		平成 28 年 9 月	
	専 従 ^注	専 任 ^注	専 従	専 任
	1) 医師	人	人	人
2) 看護師・准看護師	人	人	人	人
3) 作業療法士	人	人	人	人
4) 精神保健福祉士	人	人	人	人
5) 社会福祉士（上記 4）を除く）	人	人	人	人
6) 臨床心理技術者（上記 4）5）を除く）	人	人	人	人
7) 看護補助者	人	人	人	人
8) その他（ ）	人	人	人	人
9) 合計	人	人	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。

③平成 28 年 9 月 1 か月間に精神科デイ・ケア等を行った患者数をご記入ください。				
※「(うち) 1 年超の患者数」には「(うち) 3 年超の患者数」も含まれます。				
	患者数	(うち) 早期加算の患者数	(うち) 1 年超の患者数	(うち) 3 年超の患者数
1) 精神科ショート・ケア	人	人	人	人
2) 精神科デイ・ケア	人	人	人	人
3) 精神科ナイト・ケア	人	人	人	人
4) 精神科デイ・ナイト・ケア	人	人	人	人

④平成 28 年 4 月～9 月の月平均患者数と平均実施期間をご記入ください。	
※精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書（地方厚生局届出 別紙様式 31）による	
1) 精神科デイ・ケア等を月 1 回以上実施した患者の数の平均	人
2) 精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均	人
3) 精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から平成 28 年 9 月末までの月数の平均	月

⑤貴施設で実施している精神科デイ・ケア等のプログラムの種類としてあてはまる番号に○をつけてください。			
※あてはまる番号すべてに○			
01. 疾患別プログラム			
011. 統合失調症	012. 気分障害	013. アルコール依存症	014. 双極性障害
015. 不安障害	016. 発達障害	017. 強迫性障害	018. 摂食障害
019. 薬物依存	020. その他（具体的に ）		
02. 年代別プログラム			
021. 高齢者	022. 青年期	023. 思春期	024. 児童期
025. その他対象とする年代を区切ったもの（具体的に ）			
03. 病期別プログラム			
031. 慢性期	032. 急性期退院直後		
033. その他病期を区切ったもの（具体的に ）			
04. 目的別プログラム			
041. 家事等、日常生活技能の習得	042. 症状や再発サインへの対処スキルの獲得		
043. 疾病と治療についての理解	044. 復職支援		
045. 服薬アドヒアランスの向上	046. レクリエーションを目的としたもの		
047. 自己存在感を培う場所確保を目的としたもの	048. 友人作りを目的としたもの		
049. 就学・就労支援	050. その他（具体的に ）		
05. 利用期間別プログラム	06. その他（具体的に ）		

⑥貴施設では、精神科デイ・ケア等の実施日にいくつかのプログラムを設けていますか。※○は1つだけ

01. 1種類

02. 2種類

03. 3～5種類

04. 6種類以上

⑥-1 どのような方法でプログラムを選択・決定していますか。※最も多いものに○は1つだけ

01. デイ・ケア実施日の来院時に、本人がその都度決定

02. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定

03. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職がその都度決定

04. 1か月単位・1週間単位などで、本人が決定

05. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が本人の意向を踏まえて決定

06. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が決定

07. その他（具体的に

)

3. 精神科訪問看護の状況についてお伺いします。

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。 ※訪問看護ステーションによる場合は含みません。 ※○は1つだけ

01. 診療所（貴施設）が行っている

02. 診療所（貴法人）設置の訪問看護ステーションが行っている（→4ページの質問4. ①へ）

03. 行っていない（→4ページの質問4. ①へ）

②精神科訪問看護に携わる職員数（常勤換算*）をお答えください。

	保健師・ 看護師	准看護師	作業療法士	精神保健 福祉士	その他	合計
平成27年9月
平成28年9月

*非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。（小数点以下第1位まで）

■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）

③精神科訪問看護を開始した時期

平成（ ）年（ ）月

④平成28年9月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数（実人数）

人

⑤上記④のうち、身体疾患を有する患者数（実人数）

人

⑥上記④のうち、他の精神科療法を行った患者数（実人数）

人

⑦上記④のうち、新規の患者数（実人数）

人

⑧平成28年9月25日～10月1日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数（実人数）をお答えください。

週1回	週2回	週3回	週4回	週5回以上	合計
人	人	人	人	人	人

⑨平成28年9月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数(人)と算定回数(回)をお答えください。			
	30分未満	30分以上	合計
精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)	人 回	人 回	人 回
(うち)保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
(うち)準看護師による算定回数	回	回	回
精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一建物居住者)	人 回	人 回	人 回
(うち)保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
(うち)準看護師による算定回数	回	回	回

⑩精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)について、1)施設への訪問延べ日数、2)対象としている患者数(対象人員)、3)算定回数(合計)をご記入ください。 ※平成28年9月1か月間		
1) 施設への訪問延べ日数	2) 対象人員	3) 算定回数(合計)
日	人	回

⑪精神科訪問看護・指導料の加算を算定した患者数と算定回数をご記入ください。 ※平成28年9月1か月間				
	1) 長時間精神科訪問看護・指導加算	2) 夜間・早朝訪問看護加算	3) 深夜訪問看護加算	4) 精神科緊急訪問看護加算
算定患者数	人	人	人	人
算定回数	回	回	回	回

⑫精神科訪問看護の患者(上記④の患者数)のうち、1日に複数回の訪問看護を行った患者数(実人数) ※加算の有無は問いません	人
--	---

⑬平成28年9月における精神科訪問看護の患者(上記④の患者数)のうち、精神科複数回訪問加算を算定した患者数と算定回数		1) 算定患者数	2) 算定回数
	1日に2回	人	回
	1日に3回以上	人	回

4. 精神科重症患者早期集中支援管理料についてお伺いします。

①貴施設独自あるいは訪問看護ステーションとの連携等により、24時間体制として整備されているものは何ですか。
※あてはまる番号すべてに○

01. 24時間往診の体制
02. 24時間の精神科訪問看護(訪問看護ステーション)の体制
03. 24時間の精神科訪問看護・指導(病院・診療所)の体制
04. 01.~03.のいずれもない

②以下の施設基準のうち、届出のあるものは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 在宅療養支援診療所(在支診)	02. 機能強化型在支診
03. 在宅時医学総合管理料(在総管)	04. 施設入居時等医学総合管理料(施設総管)

③貴施設では、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準の届出を行っていますか。 ※○は1つだけ

01. 届出あり→届出時期:()年()月	02. 届出なし(→6ページの質問⑧へ)
------------------------	----------------------

④「精神科重症患者早期集中支援管理料」を実施する上で、連携する訪問看護ステーションがありますか。
※〇は1つだけ

01. ある→連携事業所 (011. 特別の関係^注にあるもの 012. それ以外) 02. ない

注. 「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。

⑤「精神科重症患者早期集中支援管理料」を実施している職員の体制（貴施設のみ）について職種別の実人数をご記入ください。

	常勤		非常勤	
	専従	専任	専従	専任
1) 医師	人	人	人	人
【再掲】精神保健指定医	人	人	人	人
2) 保健師・看護師	人	人	人	人
3) 精神保健福祉士	人	人	人	人
4) 作業療法士	人	人	人	人
5) その他	人	人	人	人

⑥「精神科重症患者早期集中支援管理料」を算定した患者数（実人数）をご記入ください。 ※平成28年9月1か月間

	単一建物診療患者数（実人数）	
	1人の場合	2人以上の場合
1) 精神科重症患者早期集中支援管理料1	人	人
2) 精神科重症患者早期集中支援管理料2	人	人

⑦上記⑥で「精神科重症患者早期集中支援管理料」を算定した患者について詳細をお答えください。
患者1人につき1行でお答えください。1人以上患者がいる場合は、算定開始時期が古い順に10人までお答えください。 ※平成28年9月1か月間

患者通し番号	A. 性別		B. 年齢	C. 算定回数	D. 状況		E. 直近の入院形態 (D. で「02」の場合のみ)			F. 患者の状態			
	男性	女性	※平成28年9月末	計回数 理料を算定した累 計回数	1年以上入院して 退院した患者	入退院を繰り返す 患者	措置入院	緊急措置入院	医療保護入院	統合失調症	統合失調症型障害 または妄想障害	気分(感情)障害	重度認知症の状態
1	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
2	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
3	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
4	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
5	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
6	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
7	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
8	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
9	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
10	01	02	()歳	()回	01	02	01	02	03	01	02	03	04

→6 ページの質問 5. ①へ

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度調査）

精神医療の実施状況調査 入院患者票（案）

●平成28年10月1日に調査対象の精神科病棟（地域移行機能強化病棟入院料2名、精神科病棟入院基本料1名、精神療養病棟入院料1名）に入院中の患者の状況について、患者1人につき本調査票1部を使ってご記入ください。

1. 患者の基本的事項

①性別	01. 男性	02. 女性	②年齢	(10月1日現在) _____ 歳
③精神障害者福祉手帳	01. 手帳をもっていない	02. 1級	03. 2級	04. 3級
④障害支援区分	01. 非該当	02. 区分1	03. 区分2	04. 区分3
	05. 区分4	06. 区分5	07. 区分6	

2. 入院の状況

①今回の入院日	平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃	③精神科・神経科への通算入院回数	_____ 回目・不明
②初診日（他の医療機関を含む）	平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃	④精神科・神経科への通算入院期間	_____ 年 _____ 月・不明
⑤前回の退院日	平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃		
⑥現在入院している病棟（○は1つ）	01. 精神科病棟入院基本料（ ）対1 02. 精神療養病棟入院料	03. 地域移行機能強化病棟入院料	
⑦入棟前の居場所（○は1つ）	01. 自宅、賃貸住宅など（家族と同居） 02. 自宅、賃貸住宅など（一人暮らし） 03. 自院の他の精神科病棟 04. 自院の精神科病棟以外の病棟 05. 他の医療機関の精神科病棟 06. 他の医療機関の精神科病棟以外の病棟 07. 介護老人保健施設	08. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 09. 認知症高齢者グループホーム 10. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住 11. 障害者グループホーム 12. 障害者支援施設 13. その他（ ） 14. 不明	
⑧直近の在宅療養期間における、精神科訪問看護の利用の有無（○は1つ）	01. あり	02. なし	
⑨主な入院の理由（○は2つまで）	01. 精神症状が強いため 02. セルフケアに著しい問題があるため 03. 迷惑行為・他害行為の危険性が高いため 04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため 05. 治療・服薬への抵抗が強いため	06. 身体合併症の治療のため 07. 家族が入院を希望するため 08. 居住先がないため 09. 日常生活の支援が得られないため 10. その他（ ）	
⑩入院時の入院形態（○は1つ）	01. 任意入院 02. 医療保護入院	03. 措置入院・緊急措置入院 04. 応急入院	
⑪処遇（○は1つ）	01. 開放処遇	02. 閉鎖処遇	
⑫主傷病（○は1つ）	01. 認知症（他の精神疾患によるものを除く）（F00-03） 02. その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09） 03. アルコールによる精神・行動の障害（F10） 04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19） 05. 統合失調症（F20） 06. その他の精神病性障害（F21-29） 07. 気分（感情）障害（F3） 08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4）	09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5） 10. 成人の人格・行動の障害（F6） 11. 知的障害（精神遅滞）（F7） 12. 心理的発達の障害（F8） 13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98） 14. 詳細不明の精神障害（F99） 15. てんかん（G40）	
⑬その他の精神疾患の傷病（○はいくつでも）	00. なし 01. 認知症（他の精神疾患によるものを除く）（F00-03） 02. その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09） 03. アルコールによる精神・行動の障害（F10） 04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19） 05. 統合失調症（F20） 06. その他の精神病性障害（F21-29） 07. 気分（感情）障害（F3）	08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4） 09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5） 10. 成人の人格・行動の障害（F6） 11. 知的障害（精神遅滞）（F7） 12. 心理的発達の障害（F8） 13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98） 14. 詳細不明の精神障害（F99） 15. てんかん（G40）	
⑭身体合併症の有無（○は1つ）	01. あり	02. なし	

⑮身体合併症 (身体合併症がある場合) (○はいくつでも)	01. 呼吸器系疾患 (肺炎、喘息発作、肺気腫)	10. 横紋筋融解症
	02. 心疾患 (虚血性心疾患など)	11. 広範囲 (半肢以上) 熱傷
	03. 手術又は直達・介達牽引を要する骨折	12. 手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍
	04. 重篤な内分泌・代謝性疾患	13. 腎不全 (透析を必要とする状態)
	05. 重篤な栄養障害 (Body Mass Index 13未満の摂食障害)	14. 手術室での手術を必要とする状態
	06. 意識障害 (急性薬物中毒、アルコール精神障害等)	15. 合併症妊娠・出産
	07. 全身感染症 (結核、梅毒、敗血症等)	16. 膠原病 (専門医による管理を必要とする状態)
	08. 急性腹症 (消化管出血、イレウス等)	17. 歯科疾患
	09. 悪性症候群	18. その他 ()

3. 患者の状態等

①患者の GAF スコア	1) 入棟時	2) 現在				
②認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	01. 自立 07. IIIa	02. I 08. IIIb	03. II 09. IV	04. IIa 10. M	05. IIb 11. 不明	06. III
③障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	01. J (生活自立) 03. B (寝たきり)	02. A (準寝たきり) 04. C (寝たきり)				
④要介護度 (○は1つ)	01. なし・未申請 06. 要介護3	02. 自立 07. 要介護4	03. 要支援1・2 08. 要介護5	04. 要介護1 09. 不明	05. 要介護2	
⑤重症度、医療・看護必要度 B. 患者の状況等 (○は各1つ)	a. 寝返り	01. できる	02. 何とかつかまればできる	03. できない		
	b. 移乗	01. 介助なし	02. 一部介助	03. 全介助		
	c. 口腔清潔	01. 介助なし	02. 介助あり			
	d. 食事摂取	01. 介助なし	02. 一部介助	03. 全介助		
	e. 衣服の着脱	01. 介助なし	02. 一部介助	03. 全介助		
	f. 診療・療養上の指示が通じる	01. はい	02. いいえ			
	g. 危険行動	01. ない	02. ある			

4. 治療の状況 (平成 28 年 9 月 1 か月間)

①主傷病に対して実施している診療内容 (○はいくつでも) ※主治医にご確認ください	01. 薬物療法	02. 精神療法 → 01. 一般精神療法 02. 認知療法 03. 行動療法 04. 精神分析療法 05. 家族療法 06. 箱庭療法・遊戯療法 07. 作業療法 08. その他 (具体的に)	
	03. その他に利用している治療法や活動 ()		
②向精神薬の処方内容 (該当するものすべて種類を記入) ※主治医にご確認ください		入棟時の処方薬数	現在の処方薬数
	a. 抗不安薬	() 種類	() 種類
	b. 睡眠薬	() 種類	() 種類
	c. 抗うつ薬	() 種類	() 種類
	d. 抗精神病薬	() 種類	() 種類
③身体合併症に対する主な対応状況 (○は1つ)	01. 治療を要する身体合併症なし	03. 自院の他科の医師が対応	
	02. 精神科・神経科の医師が対応	04. 他院の医師が対応	
④他院でのサービス利用 (○は各1つ)	a. 精神科ショート・ケア	01. あり	02. なし
	b. 精神科デイ・ケア	01. あり	02. なし

5. 退院の見通しと退院支援の状況

①退院後に同居する意思のある家族の有無 (○は1つ)	01. あり	02. なし	03. 家族の意思不明
②退院後の居住先 (自宅・グループホーム・介護施設等) の確保状況 (○は1つ)	01. 確保済み	02. 未確保	
③どのような状況であれば退院が可能となりますか。 (○は1つ)	01. 精神疾患が軽快すれば退院可能 02. 身体合併症が軽快すれば退院可能 03. 精神疾患と身体合併症が両方とも軽快すれば退院可能 04. 精神疾患又は身体合併症が軽快した上で、居住先や退院後に必要な支援等が確保できれば退院可能 05. その他 (具体的に)		
④予想される入院期間 (○は1つ)	01. ~3か月以内	02. 3か月超~6か月以内	03. 6か月超~1年以内
	04. 1年超~5年以内	05. 5年超~	06. その他 ()

⑤入院期間が3か月超となる主な理由 (○は2つまで) (上記④で02~06を選択した場合のみ)	01. 精神疾患の治療に時間を要するため 02. 身体合併症の治療に時間を要するため 03. 患者の経済的理由のため 04. 家族が入院を希望するため	05. 同居家族がいないため 06. 転院先、入所先又は居住先が見つからないため 07. 退院後に必要な支援やサービスが確保できないため 08. その他 ()							
⑥退院先の予定 (○は1つ)	00. 退院は考えられない 01. 自宅、賃貸住宅など(家族と同居) 02. 自宅、賃貸住宅など(一人暮らし) 03. 介護老人保健施設 04. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 05. 認知症高齢者グループホーム	06. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住 07. 障害者グループホーム 08. 障害者支援施設 09. 介護療養型医療施設 10. その他 ()							
⑦担当の退院相談支援員の有無(○は1つ)と職種(○はいくつでも)	01. なし 02. あり → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="padding: 0 10px;">01. 精神保健福祉士</td><td style="padding: 0 10px;">02. 保健師・看護師・准看護師</td><td style="padding: 0 10px;">03. 作業療法士</td></tr><tr><td style="padding: 0 10px;">04. 社会福祉士</td><td colspan="2" style="padding: 0 10px;">05. その他(具体的に)</td></tr></table>		01. 精神保健福祉士	02. 保健師・看護師・准看護師	03. 作業療法士	04. 社会福祉士	05. その他(具体的に)		
01. 精神保健福祉士	02. 保健師・看護師・准看護師	03. 作業療法士							
04. 社会福祉士	05. その他(具体的に)								
⑧直近の退院支援委員会の参加者 (○はいくつでも)	01. 医師 05. 臨床心理技術者 09. 患者家族等 12. 指定一般相談支援事業所の職員 14. ピアサポーター	02. 看護職員 06. 社会福祉士 10. 保健所職員 15. その他(具体的に)	03. 精神保健福祉士 07. その他の職員 11. 指定特定相談支援事業所の職員 13. 障害福祉サービス事業者の職員	04. 作業療法士 08. 患者 12. 指定一般相談支援事業所の職員 13. 障害福祉サービス事業者の職員					
⑨退院支援計画の有無(○は1つ)	01. あり→策定期間：平成()年()月 02. なし								
⑩当該患者の退院に向けて実施したこと (○はいくつでも)	01. 退院支援計画の患者や家族等への説明 02. 保健所、指定特定・一般相談支援事業所の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起 03. 地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施(家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等) 04. 通院医療機関の確保 05. 訪問診療や訪問看護の必要性の検討 06. 服薬アドヒアランスの確認と安定に向けた介入 07. 居住の場の検討と居住先の確保 08. 相談支援に応じる者の確保 09. 居住先等での試験外泊や訓練の実施 10. 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討 11. 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成 12. 市区町村役所での諸手続きや居住先で必要な日用品購入等への同行 13. 後見人、補佐人または補助人の必要性の検討 14. 適切な日中の活動場所の検討 15. 活動場所への移動手段に応じた訓練 16. 退院前の精神科デイ・ケア等の実施								
⑪退院後に生活を継続するために必要な支援等 (○はいくつでも)	00. 退院は考えられない 【医療保険】 01. 薬物療法 02. 精神療法 03. 精神科デイ・ケア等 04. 精神科訪問看護 【介護保険】 05. 訪問介護 06. 訪問看護 07. 訪問リハビリテーション 08. 通所介護 09. 短期入所療養介護	10. 短期入所生活介護 11. 通所リハビリテーション 12. 福祉用具貸与 13. 住宅改修 14. 地域生活事業 【障害福祉サービス】 15. 居宅介護 16. 重度訪問介護 17. 行動援護 18. 生活介護 19. 重度障害者等包括支援 20. 自立訓練(機能訓練)	21. 自立訓練(生活訓練) 22. 宿泊型自立訓練 23. 就労移行支援 24. 就労継続支援A型 25. 就労継続支援B型 26. 共同生活援助(グループホーム) 27. 短期入所 28. 相談支援 【その他】 29. 地域生活支援事業 30. その他()						
⑫退院後の看護師等による訪問看護の必要度と頻度 (○は1つ)	01. 必要 02. 不要 → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="padding: 0 10px;">01. 24時間体制での対応が必要</td><td style="padding: 0 10px;">02. 日中のみ連絡体制が必要</td><td style="padding: 0 10px;">03. 毎日の訪問</td></tr><tr><td style="padding: 0 10px;">04. 1週間で数回の訪問が必要</td><td colspan="2" style="padding: 0 10px;">05. 1週間で1回程度の訪問</td></tr></table>			01. 24時間体制での対応が必要	02. 日中のみ連絡体制が必要	03. 毎日の訪問	04. 1週間で数回の訪問が必要	05. 1週間で1回程度の訪問	
01. 24時間体制での対応が必要	02. 日中のみ連絡体制が必要	03. 毎日の訪問							
04. 1週間で数回の訪問が必要	05. 1週間で1回程度の訪問								

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度調査）
精神医療の実施状況調査 精神科デイ・ケア等患者票（案）

●平成28年10月1日時点において貴施設の精神科デイ・ケア等（精神科デイ・ケア、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア）を1年超継続利用した患者の状況について、患者1人につき本調査票1部を可能な範囲でご記入ください。

1. 患者の基本的事項

①性別	01. 男性	02. 女性	②年齢	(10月1日現在) _____ 歳
③精神障害者福祉手帳	01. 手帳をもっていない	02. 1級	03. 2級	04. 3級
④障害支援区分	01. 非該当	02. 区分1	03. 区分2	04. 区分3
	05. 区分4	06. 区分5	07. 区分6	
⑤現在の居場所 (○は1つ)	01. 自宅、賃貸住宅など（家族と同居）		06. 認知症高齢者グループホーム	
	02. 自宅、賃貸住宅など（一人暮らし）		07. 障害者グループホーム	
	03. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住		08. 障害者自立支援施設	
	04. 介護老人保健施設		09. その他（ _____ ）	
	05. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）			

2. 精神科デイ・ケア等開始前後の状況

①精神疾患の治療の開始日	平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
②精神科での入院の有無（○は1つ）	01. 有	02. 無	
③精神科での1年以上の入院の有無（○は1つ）	01. 有	02. 無	
④通算入院回数（精神科に限る）	01. ない	04. 11～20回	
	02. 1～5回	05. 20回以上	
	03. 6～10回	06. その他（ _____ ）	
⑤入院中の精神科デイ・ケア等実施の有無（○は1つ）	01. 有	02. 無	
⑥直近の主な入院の理由（○は2つまで）	01. 精神症状が強いため		06. 身体合併症の治療のため
	02. セルフケアに著しい問題があるため		07. 家族が入院を希望するため
	03. 迷惑行為・他害行為の危険性が高いため		08. 居住先がないため
	04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため		09. 日常生活の支援が得られないため
	05. 治療・服薬への抵抗が強いため		10. その他（ _____ ）

3. 患者の状態等

①主傷病（○は1つ）	01. 認知症（他の精神疾患によるものを除く）（F00-03）	09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5）
	02. その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09）	10. 成人の人格・行動の障害（F6）
	03. アルコールによる精神・行動の障害（F10）	11. 知的障害（精神遅滞）（F7）
	04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19）	12. 心理的発達の障害（F8）
	05. 統合失調症（F20）	13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98）
	06. その他の精神病性障害（F21-29）	14. 詳細不明の精神障害（F99）
	07. 気分（感情）障害（F3）	15. てんかん（G40）
	08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4）	
②その他の精神疾患の傷病 (○はいくつでも)	00. なし	08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4）
	01. 認知症（他の精神疾患によるものを除く）（F00-03）	09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5）
	02. その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09）	10. 成人の人格・行動の障害（F6）
	03. アルコールによる精神・行動の障害（F10）	11. 知的障害（精神遅滞）（F7）
	04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19）	12. 心理的発達の障害（F8）
	05. 統合失調症（F20）	13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98）
	06. その他の精神病性障害（F21-29）	14. 詳細不明の精神障害（F99）
	07. 気分（感情）障害（F3）	15. てんかん（G40）
③身体合併症の有無（○は1つ）	01. あり	02. なし

④身体合併症 (身体合併症がある場合) (○はいくつでも)	01. 高血圧症	07. 消化器疾患
	02. 糖尿病	08. 内分泌疾患
	03. 脂質異常症	09. 筋骨格系疾患
	04. 循環器疾患	10. 泌尿器疾患
	05. 腎疾患	11. その他 ()
	06. 呼吸器疾患	

4. 精神科デイ・ケア等の実施状況 (平成 28 年 9 月 1 か月間)

①精神科デイ・ケア等の利用開始日	平成 ____年 ____月 ____日 ※デイ・ケア、ショート・ケア等の種類に関わらず、最初に開始した時期をご記入ください。	
②現在利用している精神科デイ・ケア等 (○はいくつでも)	01. 精神科ショート・ケア 02. 精神科デイ・ケア	03. 精神科デイ・ナイト・ケア 04. 精神科ナイト・ケア
③精神科デイ・ケア等の利用回数 ※平成 28 年 9 月 1 か月分	a. 精神科ショート・ケア	() 回/月
	b. 精神科デイ・ケア	() 回/月
	c. 精神科デイ・ナイト・ケア	() 回/月
	d. 精神科ナイト・ケア	() 回/月
④精神保健福祉士等による患者の意向確認の有無 (○は1つ)	01. あり	02. なし
⑤精神科デイ・ケア等に関する患者の意向確認の頻度 (○は1つ)	01. 週に 1 回程度 02. 月に 2 回程度 (2 週間に 1 回程度) 03. 月に 1 回程度	04. 2 か月に 1 回程度 05. 意向を確認していない 06. その他 ()
⑥長期かつ頻回により 100 分の 90 の点数算定となったか (平成 28 年 9 月、○は1つ)	01. 該当 → 頻回の実施理由 02. 非該当	
⑦精神科デイ・ケア等の終了目途の有無等 (○は1つ)	01. なし 02. あり→終了時期: 平成 () 年 () 月頃	
⑧精神科の医師による診察はどのようなタイミングで実施しましたか。(○は1つ)	01. 精神科デイ・ケア等の実施日に診察 02. 精神科デイ・ケア等の実施日とは別の日に診察 03. 精神科デイ・ケア等の実施日と実施日以外の両方で診察 04. その他 (具体的に)	
⑨精神科デイ・ケア等を実施する主な目的 (○は 2 つまで)	01. 家事等、日常生活技能の習得 02. 症状や再発サインへの対処スキルの獲得 03. 疾病と治療についての理解 04. 復職支援 05. 服薬アドヒアランスの向上 06. レクリエーションのため 07. 自己存在感を培う場所確保のため 08. 友人作りのため 09. 就学・就労支援 10. その他	
⑩精神科デイ・ケア等以外で利用している診療内容・サービス等 (○はいくつでも) (平成 28 年 9 月) ※主治医にご確認ください	01. 薬物療法 02. 精神療法 03. 訪問看護(訪問看護ステーション)	04. 訪問看護 (病院・診療所) 05. 障害福祉サービス (詳細は質問⑫) 06. 介護保険サービス (詳細は質問⑬)
⑪上記⑩以外に利用している治療法や活動※主治医にご確認ください		
⑫現在利用している障害福祉サービスの種類 (○はいくつでも)	00. ない 01. 居宅介護 02. 重度訪問介護 03. 同行援護 04. 行動援護 05. 療養介護 06. 生活介護	07. 短期入所 08. 重度障害者等包括支援 09. 共同生活援助 10. 施設入所支援 11. 自立訓練 (機能訓練) 12. 自立訓練 (生活訓練) 13. 就労移行支援 14. 就労継続支援 A 型 15. 就労継続支援 B 型 16. 計画相談支援 17. 地域相談支援 (地域移行支援・地域定着支援) 18. 基本相談支援 19. その他 ()
⑬現在利用している介護保険サービスの種類 (○はいくつでも)	00. ない 01. 訪問介護 02. 訪問看護 03. 訪問リハビリテーション 04. 通所介護	05. 短期入所療養介護 06. 短期入所生活介護 07. 通所リハビリテーション 08. 訪問入浴介護 09. 夜間対応型訪問介護 10. 福祉用具貸与 11. 住宅改修 12. その他

⑭向精神薬の処方内容 (該当するものすべて種類を記入) ※主治医にご確認ください	平成 27 年 9 月		平成 28 年 9 月	
	抗不安薬	() 種類	() 種類	() 種類
睡眠薬	() 種類	() 種類	() 種類	
抗うつ薬	() 種類	() 種類	() 種類	
抗精神病薬	() 種類	() 種類	() 種類	
⑮精神療法の内容 (平成 28 年 9 月) ※主治医にご確認ください	01. 一般精神療法	05. 家族療法		
	02. 精神分析療法	06. 箱庭療法・遊戯療法		
	03. 認知療法	07. 精神科作業療法		
	04. 行動療法	08. その他 ()		
⑯精神科訪問看護の利用状況 (平成 28 年 9 月) ※貴院が直接実施した場合のみお書きください。訪問看護ステーションに指示した場合はご回答いただく必要はございません。	1) 訪問した日数 () 日			
	2) 訪問した回数 () 回			
	3) 長時間精神科訪問看護・指導加算を算定した回数 () 回			
	4) 夜間・早朝訪問看護加算を算定した回数 () 回			
	5) 深夜訪問看護加算を算定した回数 () 回			
	6) 精神科緊急訪問看護加算を算定した回数 () 回			
	7) 精神科重症患者早期集中支援管理料の算定の有無→ (01 あり 02 なし)			
	8) 急性増悪による週 4 回以上の訪問看護の実施の有無→ (01 あり 02 なし)			
⑰精神科訪問看護で実施した具体的援助の内容 (〇はいくつでも) (平成 28 年 9 月)	01. 食生活に関する援助	09. 精神症状に関する援助		
	02. 活動性・生活リズムに関する援助	10. 睡眠の援助		
	03. 生活環境の整備に関する援助	11. 服薬行動援助		
	04. 整容に関する援助	12. 薬物療法の副作用の観察と対処		
	05. 趣味・余暇活動に関する援助	13. 身体症状の観察と対処		
	06. 患者との関係性の構築	14. 生活習慣に関する援助		
	07. コミュニケーション能力を高める援助	15. 排泄の援助		
	08. 他者との関わりに関する援助	16. その他 ()		

平成 28 年 * 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

「精神医療の実施状況調査」へのご協力をお願い(案)

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 28 年 4 月の診療報酬改定においては、長期入院患者の退院と病床数の適正化に取り組む精神病棟の評価や、長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化等、精神疾患患者の地域移行や生活支援に着目した対応が行われました。また、向精神薬の多剤・大量処方が行われている患者に対する評価の見直しが行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 28 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、精神医療を提供している病院、診療所を対象に、診療体制、精神疾患患者の状況や地域移行の状況、精神科デイ・ケア等における地域生活支援の実施状況、向精神薬の処方の実態等について調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

平成 28 年 * 月 * 日（*）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」

調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 28 年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険薬局における一般名処方の記載された処方せんの受付状況、後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における一般名処方の実施状況、後発医薬品の使用状況や医師の処方などがどのように変化したかを調査するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 保険薬局で受け付けた処方せんについて、「一般名処方」の記載された処方せんの受付状況、「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名の状況の把握
- ・ 保険薬局における後発医薬品への変更調剤の状況の把握
- ・ 後発医薬品の使用促進に係る加算の届出、算定状況の把握
- ・ 医薬品の備蓄及び廃棄の状況の把握
- ・ 後発医薬品についての患者への説明状況の把握
- ・ 後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化の把握
- ・ 保険医療機関（入院・外来）における後発医薬品の使用状況の把握
- ・ 医師・薬剤師・患者に対する必要な後発医薬品に係る情報の把握
- ・ 後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識の把握　／等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

①保険薬局調査

- ・ 全国の保険薬局の中から無作為抽出した保険薬局を調査対象とする。調査客体数は、1,500 施設程度。

②診療所調査

- ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した一般診療所を調査対象とする。調査客体数は、1,500 施設程度。

③病院調査

- ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した病院を調査対象とする。調査客体数は、1,000 施設程度。

④医師調査

- ・ 上記③「病院調査」の対象施設で外来診療を担当する医師を本調査の対象とする。1施設につき診療科の異なる医師2名を調査対象とする。
- ・ 最大客体数は2,000人(2×1,000=2,000人)。

⑤-1患者調査(郵送調査)

- ・ 上記①「保険薬局調査」の対象施設に調査日に来局した患者を調査対象とする。
- ・ 1施設につき2名を本調査の対象とする。最大客体数は3,000人(2×1,500=3,000人)。

⑤-2患者調査(インターネット調査)

- ・ 直近1か月間に、保険薬局に処方せんを持って来局した患者を調査対象とする。
- ・ 調査客体数は1,000人程度(男女別・年齢階級別に客体数を確定)。

○調査方法(案)

- ・ 施設調査(上記①②③)は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ ④医師調査については、自記式調査票(医師票)の配布は上記③の対象施設(病院)を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により医師から直接郵送で行う。
- ・ ⑤-1患者調査(郵送調査)については、自記式調査票(患者票)の配布は上記①の対象施設(保険薬局)を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で行う。⑤-2患者調査(インターネット調査)については、インターネット上での回答・回収とする。

■ 調査項目

※調査票(案) 参照

■ 調査スケジュール(案)

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査票案の作成	→							
調査客体の抽出・名簿作成		→						
調査票印刷・封入・発送			→					
調査実施期間			→					
督促状印刷・発送				→				
調査票回収・検票			→					
データ入力 データクリーニング				→				
集計・分析					→			
報告(案)の作成					→			
報告書のとりまとめ						→		
調査検討委員会の開催	★					★		

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 28 年度調査)

後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査 保険薬局票(案)

※この「保険薬局票」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、貴薬局における後発医薬品の使用状況やお考え等についてお伺いするものです。

<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。
- ・特に断りのない限り、平成28年10月1日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・「平成27年10月」は、平成27年10月1か月間または平成27年10月1日時点を、「平成28年10月」は、平成28年10月1か月間または平成28年10月1日時点を指します。

0. ご回答者についてお伺いします。

①性別 ※○は1つだけ	1. 男性	2. 女性	②年齢	() 歳
③開設者・管理者の別 ※○は1つだけ	1. 開設者兼管理者 2. 開設者 3. 管理者 4. その他(具体的に)			

1. 貴薬局の状況についてお伺いします(平成28年10月1日現在)。

①貴薬局名	()
②所在地(都道府県)	() 都・道・府・県
③開設者 ※会社の場合は、会社の形態等にも○をつけてください	1. 会社 { …▶ (1. 株式会社 2. 有限会社 3. 合資会社 4. 合名会社 5. その他) { …▶ (1. ホールディングスの傘下 2. ホールディングスの非傘下) 2. その他
④同一法人等による薬局店舗数	() 店舗 ※当該店舗を含めてお答えください。
⑤開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください	西暦 () 年
⑥貴薬局はチェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。 ※○は1つだけ	1. はい 2. いいえ
⑦貴薬局の処方せんの応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。 ※○は1つだけ ※「近隣」には同一敷地内も含まれる。	1. 主に近隣にある特定の病院の処方せんに応需している薬局 2. 主に近隣にある特定の診療所の処方せんに応需している薬局 3. 主に複数の特定の保険医療機関(いわゆる医療モールも含む)の処方せんに応需している薬局 4. 様々な保険医療機関からの処方せんに応需している薬局 5. その他(具体的に)
⑧貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※平成27年度決算	約 () % ※OTC医薬品の販売等がなく、保険調剤収入のみである場合は100%とご記入ください。

(2)以下は上記(1)①の処方せん(平成28年10月●日(●)～10月●日(●)の1週間に受け付けた処方せん)に記載された医薬品について、品目数ベース(銘柄・剤形・規格単位別)の数でご記入ください。	
① 一般名で処方された医薬品の品目数(②+③=①)	() 品目
② ①のうち、後発医薬品を選択した医薬品の品目数	() 品目
③ ①のうち、先発医薬品(準先発品*1を含む)を選択した医薬品の品目数	() 品目
④ 先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品の品目数	() 品目
⑤ ④のうち、「変更不可」となっていない*2医薬品の品目数(⑥+⑦=⑤)	() 品目
⑥ ⑤のうち、先発医薬品を後発医薬品に変更した医薬品の品目数	() 品目
⑦ ⑤のうち、先発医薬品を調剤した医薬品の品目数	() 品目
⑧ ⑦のうち、後発医薬品が薬価収載されていないため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数	() 品目
⑨ ⑦のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品の在庫がなかったため変更できなかった医薬品の品目数(クリーム、ローション、軟膏はそれぞれ別剤形)	() 品目
⑩ ⑦のうち、患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数(過去に確認済みの場合を含む)	() 品目
⑪ 後発医薬品名で処方された医薬品の品目数	() 品目
⑫ ⑪のうち、「変更不可」となっている医薬品の品目数	() 品目
⑬ その他(漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品)の品目名で処方された医薬品の品目数	() 品目
⑭ (1)①の処方せんに記載された医薬品の品目数の合計(①+④+⑪+⑬=⑭)	() 品目

※①+④+⑪+⑬=⑭となりますのでご確認ください

- *1 昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品のうち、価格差のある後発医薬品があるもの。
- *2 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「レ」又は「×」が記載されていないもの。

【上記(2)⑩で1品目でも患者が希望しなかったため後発医薬品に変更できなかった医薬品があった薬局の方】

(3)患者が後発医薬品を希望しない理由として最も多いものは何ですか。 ※○は1つだけ

1. 医師が処方した医薬品が良いから
2. 報道等により、後発医薬品について不安を感じるから
3. 後発医薬品に対する不信感があるから
4. 自己負担がない又は軽減されており、後発医薬品に変更しても自己負担額に差が出ないから
5. 先発医薬品と後発医薬品の薬価差が小さく、自己負担額ではほとんど差がないから
6. その他 (具体的に)

【上記(2)⑫で1品目でも他の後発医薬品への変更不可となっている医薬品があった薬局の方】

(4)変更不可の後発医薬品が処方されることで、調剤を行う上で何か問題はありましたか。 ※○は1つだけ

1. あった
2. なかった→4ページの質問(5)へ

【上記(4)で「1. あった」と回答した薬局の方】

(4)-1 どのような問題がありましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、取り寄せるために患者を待たせることになった
2. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、後ほど(当日)、患者宅へ届けることになった
3. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、直ちに取り寄せることができないため後日届けることになった
4. 患者が他の銘柄の後発医薬品を希望したため、医師への疑義照会等対応が必要になった
5. その他 (具体的に)

(4)後発医薬品の使用を進めていく上でどのような情報が必要ですか。 ※具体的にお書きください

4. 貴薬局における後発医薬品への対応状況についてお伺いします。

(1)後発医薬品の調剤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. 全般的に、積極的に後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる→質問(5)へ
- 2. 薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 3. 患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 4. 後発医薬品の説明・調剤に積極的には取り組んでいない

【上記質問(1)で2.～4.を回答した薬局の方】

(2)後発医薬品を積極的には調剤しない場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 後発医薬品の品質(効果や副作用を含む)に疑問がある
- 2. 後発医薬品メーカーの安定供給に不安がある
- 3. 後発医薬品に関する情報提供が不足している
→不足している情報()
- 4. 患者への普及啓発が不足している
- 5. 後発医薬品の説明に時間がかかる
- 6. 近隣医療機関が後発医薬品の使用に消極的である
- 7. 患者が先発医薬品を希望するから
- 8. 先発医薬品では、調剤しやすいように製剤上の工夫がされているから
- 9. 経営上の観点から
- 10. 在庫管理の負担が大きい
- 11. 経営者(会社)の方針
- 12. その他(具体的に)

【上記質問(1)で2.～4.を回答した薬局の方】

(3)上記(2)の選択肢1～12のうち、最も大きな理由は何ですか。 ※あてはまる番号を1つだけお書きください。

【上記質問(1)で4.を回答した薬局の方】

(4)今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※○は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない→質問(5)へ

【上記質問(4)で「1. ある」と回答した薬局の方】

(4)-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した
- 2. 先発医薬品との使用感(味、色、剤形、粘着力等)の違いを経験した
- 3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した
- 4. 調剤していた後発医薬品の品切・製造中止
- 5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった
- 6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった
- 7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた
- 8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた
- 9. その他(具体的に)

【すべての薬局の方】

(5)後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい医薬品の種類は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 血圧降下剤
- 2. 高脂血症用剤
- 3. 不整脈用剤
- 4. 精神神経用剤
- 5. 催眠鎮静剤
- 6. 抗不安剤
- 7. 抗てんかん剤
- 8. 解熱鎮痛剤
- 9. 糖尿病用剤等
- 10. 消化性潰瘍用剤
- 11. 抗アレルギー剤
- 12. 抗悪性腫瘍剤
- 13. 免疫抑制剤
- 14. バイオ後続品
- 15. その他(具体的に)
- 16. 特にない

(6)上記(5)の医薬品について後発医薬品を調剤しにくい理由を具体的にお書きください。	
(7)後発医薬品を積極的に調剤していない・調剤しにくい医薬品の剤形は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 内用剤 (具体的な剤形))
2. 外用剤 (具体的な剤形))
3. 注射剤	
4. 特にない	
(8)後発医薬品を積極的に調剤していない・調剤しにくい患者の特徴としてあてはまるものすべてに○をつけてください。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 初回の受付時に後発医薬品の調剤を希望しなかった患者	
2. 差額が小さい患者	
3. 先発医薬品との違い (味、色、剤形、粘着力等) を気にする患者	
4. 後発医薬品への変更に関する説明に長時間を要すると思われる患者	
5. 複数回にわたり後発医薬品への変更を説明したが、後発医薬品への変更を希望しなかった患者	
6. 後発医薬品を使用していたが先発医薬品への変更を希望した患者	
7. 自己負担がない又は軽減されている患者	
8. その他 (具体的に)
9. 特にない→質問(10)へ	
(9)上記(8)の選択肢 1～8 のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	
(10)後発医薬品使用に関する患者の意向を把握する手段として最も多く利用しているものは何ですか。 ※○は1つだけ	
1. 「お薬手帳」	
2. ジェネリック医薬品希望カード・シール	
3. 薬剤服用歴	
4. 処方せん受付時における患者への口頭やアンケートによる意向確認 (初回のみ)	
5. 処方せん受付時における患者への口頭やアンケートによる意向確認 (毎回)	
6. その他 (具体的に)
(11)後発医薬品への変更・選択において、患者の理解を最も得られやすい処方方法は何ですか。 ※○は1つだけ	
1. 一般名処方	
2. 先発医薬品名 (準先発品を含む) だが変更不可とされていない処方	
3. 後発医薬品の処方 (別銘柄へ変更可能なものも含む)	
4. 上記 1.と 2.と 3.でいずれも大きな違いはない	
5. その他 (具体的に)
(12)「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供することが望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ	
1. 調剤をした都度	
2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しない	
3. 一定期間に行った調剤をまとめて	4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に
5. 副作用等の問題が発生した時だけ	6. 必要ない
7. その他 (具体的に)

(13)「一般名処方調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、医療機関と予め合意した方法で行っていますか。 ※○は1つだけ

- 1. 主に合意した方法で行っている
- 2. 医療機関によって様々である
- 3. 合意した方法はない→質問5. (1)へ
- 4. その他（具体的に _____） →質問5. (1)へ

【上記(13)で1. または2. を回答した薬局の方】
 (13)-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 調剤をした都度提供すること
- 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする
- 3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること
- 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること
- 5. 副作用等の問題が発生した時だけ提供すること
- 6. その他（具体的に _____）

5. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題、要望等についてお伺いします。

(1)後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(旧薬事法)」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臨床試験データなど)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

(2)厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q&A～<平成 27 年 2 月第 3 版発行>』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ

- 1. 知っている（内容も見た）
- 2. 知っている（内容は見ていない）
- 3. 知らない

(3)厚生労働省では、平成 25 年 4 月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ

- 1. 知っている（内容も見た）
- 2. 知っている（内容は見ていない）
- 3. 知らない

(4)今後、どのような対応がなされれば、開設者・管理者の立場として後発医薬品の調剤を積極的に進めることができると思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 厚生労働省による、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・卸による情報提供体制の確保
- 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
- 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
- 5. 後発医薬品に対する患者の理解の向上
- 6. 後発医薬品を調剤する際の診療報酬上の評価
- 7. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示
- 8. その他（具体的に _____）
- 9. 特に対応は必要ない→質問(3)へ

(5)上記(4)の選択肢 1～8 のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

(6)現在、同一成分・同一剤形の後発医薬品の価格は銘柄ごとに様々ですが、どのような体系が望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ

- 1. 1つの価格帯に統一
- 2. 2つの価格帯に統一
- 3. 3つの価格帯に統一（現行の制度）
- 4. 先発医薬品より安ければ価格は銘柄ごとに違ってよい
- 5. その他（具体的に _____）

<p>(7) 貴薬局で、後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者への積極的な働きかけ 2. 後発医薬品への変更調剤に関する薬剤師への信頼感 3. 患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方せんに変更不可の署名を行わないこと 4. 変更不可とする理由を具体的に伝えてほしい 5. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと 6. 一般名処方とすること 7. お薬手帳への記載以外の医療機関（医師）への情報提供を不要とすること 8. 疑義照会への誠実な対応 9. 後発医薬品に対する理解 10. その他（具体的に _____) 11. 医師に望むことは特にない→質問(9)へ 	
<p>(8) 上記(7)の選択肢 1～10のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
<p>(9) ロードマップの目標達成に向けて、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。</p>	
<div style="border: 1px solid black;"></div>	

質問は以上です。ご協力いただきまして、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いたします。

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 28 年度調査)
後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査 保険薬局票(案)

- 平成 28 年 10 月●日 (●) ~10 月●日 (●) のうちのいずれか平均的な開局時間の 1 日の状況をご記入ください。詳細は調査要綱をご覧ください。ご記入ください。
- 処方せん 1 枚につき 1 行を使ってご記入ください。

調査日：平成 28 年 () 月 () 日 () 曜日

通し番号 (No.)	先発→後発 ※1品目でもある場合は○	記載銘柄により調剤した場合の薬剤料 (A) ※記載方法は調査要綱ご参照	実際に調剤した薬剤料 (B)		患者一部負担金の割合 (C)	
(記入例) 1	○	724	点	540	点	3 割
1			点		点	割
2			点		点	割
3			点		点	割
4			点		点	割
5			点		点	割
6			点		点	割
7			点		点	割
8			点		点	割
9			点		点	割
10			点		点	割
11			点		点	割
12			点		点	割
13			点		点	割
14			点		点	割
15			点		点	割
16			点		点	割
17			点		点	割
18			点		点	割
19			点		点	割
20			点		点	割
21			点		点	割
22			点		点	割
23			点		点	割

※回答用紙が足りない場合には、大変恐縮ですが、裏面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 枚中 枚

回答用紙 3 枚中 1 枚

- 有床診療所で外来の院外処方が5%未満の施設の方…質問2・3・4・6・7にご回答ください。
- 有床診療所で外来の院外処方が5%以上の施設の方…質問2・3・5・6・7にご回答ください。
- 無床診療所で院外処方が5%未満の施設の方…質問2・4・6・7にご回答ください。
- 無床診療所で院外処方が5%以上の施設の方…5ページの質問5・6・7にご回答ください。

2 <有床診療所の方>

<無床診療所で院外処方が5%未満の施設の方>

貴施設における後発医薬品の使用状況等についてお伺いします。

①医薬品備蓄品目数	約 () 品目 ※平成28年9月 ^注
②上記①のうち後発医薬品の備蓄品目数	約 () 品目 ※平成28年9月 ^注
③上記②のうちバイオ後続品の備蓄品目数	約 () 品目 ※平成28年9月 ^注
④調剤用医薬品費(購入額)	約 () 円 ※平成28年9月・月平均額で記入 ^注
⑤上記④のうち後発医薬品費(購入額)	約 () 円 ※平成28年9月・月平均額で記入 ^注
⑥調剤用医薬品廃棄額	約 () 円 ※平成28年9月・月平均額で記入 ^注
⑦上記⑥のうち後発医薬品廃棄額	約 () 円 ※平成28年9月・月平均額で記入 ^注

注.平成28年9月の数値が不明の場合は、貴施設が把握している平成28年度の直近の数値をご記入ください。

⑧後発医薬品使用割合<新指標、数量ベース>	約 (.) % (平成28年の7月~9月) ※小数点以下第1位まで
⑨後発医薬品の採用状況は、いかがでしょうか。 ※○は1つだけ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 後発医薬品があるものは積極的に採用 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 3. 後発医薬品を積極的に採用していない 4. その他(具体的に)
⑩後発医薬品を採用する際に重視すること ※あてはまる番号すべてに○	<ol style="list-style-type: none"> 1. 後発医薬品メーカーが品質について情報開示をしていること 2. メーカー・卸からの情報提供が頻繁にあること 3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること 4. 大病院で採用されていること 5. 近隣の保険医療機関(病院・診療所)で採用されている処方銘柄であること 6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること 7. 納品までの時間が短いこと 8. 後発医薬品メーカー・卸が十分な在庫を確保していること 9. 患者からの評価がよいこと 10. 調剤がしやすい(例;容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい)こと 11. 本社の問い合わせ窓口における対応が充実していること 12. 先発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること 13. 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること 14. 古くから販売されている後発医薬品であること 15. オーソライズドジェネリックであること 16. その他(具体的に) 17. 特にない
⑪上記⑩の選択肢1~16のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	

→有床診療所の方は次のページの質問3に進んでください。

→無床診療所の方は4ページの質問4に進んでください。

4 <外来の院外処方が5%未満の施設の方>

外来診療時における院内投薬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。

①外来診療時の院内投薬における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. 後発医薬品を積極的に処方する
- 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する
- 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する
- 4. 後発医薬品を積極的には処方しない

【上記①で選択肢1~3（後発医薬品を積極的に処方する）と回答した方】

▶ ①-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
- 2. 患者の経済的負担が軽減できるから
- 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
- 4. 経営上のメリットがあるから
- 5. 医療費削減につながるから
- 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
- 7. その他（具体的に_____）

【上記①で「4. 後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方】

▶ ①-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問があるから
- 2. 適応症が異なるから
- 3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
- 4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
→不足している情報（_____）
- 5. 患者への普及啓発が不足しているから
- 6. 後発医薬品の説明に時間がかかるから
- 7. 経営上の観点から
- 8. 患者が先発医薬品を希望するから
- 9. 患者の容態等から先発医薬品が良いと判断したから
- 10. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから
- 11. その他（具体的に_____）

②平成28年4月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない→7ページの質問**6**の①へ

▶ ②-1 上記②の場合、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 後発医薬品を処方・調剤した
- 2. 後発医薬品が存在しないため先発医薬品を処方・調剤した
- 3. 後発医薬品を採用していないため先発医薬品を処方・調剤した
- 4. 対応しなかった（理由：_____）
- 5. その他（具体的に_____）

→7ページの質問**6**へ進んでください。

5 <有床診療所で外来の院外処方が5%以上の施設の方>

<無床診療所で院外処方が5%以上の施設の方>

外来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をお伺いします。

①処方せん料の算定回数		() 回 ※平成 28 年 9 月 1 か月間
②一般名処方加算の算定回数	一般名処方加算 1	() 回 ※平成 28 年 9 月 1 か月間
	一般名処方加算 2	() 回 ※平成 28 年 9 月 1 か月間
③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. 後発医薬品を積極的に処方する <small>*一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含みます。</small> 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する 4. 後発医薬品を積極的には処方しない		
【上記③で選択肢1~3（後発医薬品を積極的に処方する）と回答した方】		
▶ ③-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○。		
1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから 2. 患者の経済的負担が軽減できるから 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから 4. 一般名処方加算を算定できるから 5. 医療費削減につながるから 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから 7. その他（具体的に _____)		
【上記③で「4. 後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方】		
▶ ③-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問があるから 2. 適応症が異なるから 3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから 4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから →不足している情報 [_____] 5. 患者への普及啓発が不足しているから 6. 後発医薬品の説明に時間がかかるから 7. 一般名の記入がしづらいから 8. 後発医薬品を処方するメリットがないから 9. 患者が先発医薬品を希望するから 10. 患者の容態等から先発医薬品が良いと判断したから 11. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから 12. その他（具体的に _____)		
④1年前と比較して、後発医薬品の処方数（一般名処方や後発医薬品への「変更不可」としない処方せんも含まれます）は、どのように変化しましたか。 ※○は1つだけ		
1. 多くなった 2. 変わらない 3. 少なくなった		
⑤平成 28 年 4 月以降、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記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→6ページの質問⑥へ		
▶ ⑤-1 あなたが発行した院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した医薬品が1品目でもある処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※平成 28 年 9 月		約 () 割

▶ ⑤-2 一部の医薬品について「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。 ※○は1つだけ

1. 先発医薬品から後発医薬品への変更を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を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を不可とすることが多い
4. その他（具体的に _____ ）

▶ ⑤-3 先発医薬品を指定する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
→不足している情報 { _____ }
5. 患者からの希望があるから
6. その他（具体的に _____ ）
7. 先発医薬品を指定することはない

▶ ⑤-4 後発医薬品の銘柄を指定する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の中でより信頼できるものを選択して処方すべきと考えているから
2. 特定の銘柄以外の後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問があるから
3. 特定の銘柄以外の後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 特定の銘柄以外の後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
5. 先発医薬品と主成分や添加物等が同一の製剤である後発医薬品を処方したいから
6. 先発医薬品の会社が製造した後発医薬品を処方したいから
7. 施設の方針であるため
8. 上記 2.～7.以外の理由で後発医薬品の銘柄を指定する必要があるから
→（理由： _____ ）
9. 患者から希望があったから
10. その他（具体的に _____ ）
11. 後発医薬品の銘柄を指定することはない

⑥現在、一般名処方による処方せんを発行していますか。 ※○は1つだけ

1. 発行している→質問⑥-2へ
2. 発行していない

▶【上記⑥で「2.発行していない」と回答した方】

⑥-1 一般名処方による処方せんを発行していないのはなぜですか。理由を具体的にお書きください。

▶【上記⑥で「1.発行している」と回答した方】

⑥-2 1年前と比較して、一般名で記載された医薬品の処方数はどのように変化しましたか。 ※○は1つだけ

1. 多くなった
2. 変わらない
3. 少なくなった

⑦「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、保険薬局と予め合意した方法で行っていますか。 ※〇は1つだけ

- 1. 主に合意した方法で行っている
- 2. 保険薬局によって様々である
- 3. 合意した方法はない→質問⑧へ
- 4. その他（具体的に _____） →質問⑧へ

【上記⑦で「1. 主に合意した方法で行っている」または「2. 保険薬局によって様々である」と回答した方】

▶ ⑦-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 調剤をした都度提供すること
- 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする
- 3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること
- 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること
- 5. 副作用等問題が発生した時だけ提供すること
- 6. その他（具体的に _____）

⑧保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように利用していますか。具体的にお書きください。

⑨一般名処方や変更可能な後発医薬品の調剤について、後発医薬品の銘柄等に関する情報提供は「お薬手帳」以外に、必要ですか。 ※〇は1つだけ

- 1. 必要である（ →理由 _____ ）
- 2. 必要な場合がある（ →必要な場合の具体的な内容 _____ ）
- 3. 必要ではない
- 4. その他（具体的に _____）

⑩平成 28 年 4 月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. ある _____
- 2. ない→質問⑥の①へ

▶ ⑩-1 上記⑩の場合、どのような対応をされましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 先発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった
- 2. 後発医薬品を処方した
- 3. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名した
- 4. 一般名で処方した
- 5. 後発医薬品が存在しない医薬品であるので対応できなかった
- 6. 対応しなかった（理由： _____）
- 7. その他（具体的に _____）

6 <すべての診療所の方にお伺いします>

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。

①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」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厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q&A～<平成27年2月 第3版発行>』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ

1. 知っている（内容も見た） 2. 知っている（内容は見ていない） 3. 知らない

③厚生労働省では、平成25年4月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ

1. 知っている（内容も見た） 2. 知っている（内容は見ていない） 3. 知らない

④今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※○は1つだけ

1. ある 2. ない→質問⑤へ

▶ ④-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した
- 2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した
- 3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した
- 4. 処方していた後発医薬品の品切・製造中止
- 5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった
- 6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった
- 7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた
- 8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた
- 9. その他（具体的に _____)

⑤今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 厚生労働省による、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・卸による情報提供体制の確保
- 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
- 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
- 5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入
- 6. 後発医薬品に対する患者の理解
- 7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価
- 8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価
- 9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示
- 10. その他（具体的に _____)
- 11. 特に対応は必要ない→質問7へ

⑥上記⑤の選択肢1～10のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。

7 ロードマップの目標達成に向けて、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を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。

④医薬品備蓄品目数 ※平成28年9月末		全品目	うち、後発医薬品
	1) 内服薬	() 品目	() 品目
	2) 外用薬	() 品目	() 品目
	3) 注射薬	() 品目	() 品目
	4) 合計	() 品目	(★) 品目
④-5) 上記④-4) (★欄)のうち、バイオ後続品		() 品目	
⑤調剤用医薬品費 (購入額)		約 () 円	※平成28年9月・月平均額で記入
⑥上記⑤のうち後発医薬品費 (購入額)		約 () 円	※平成28年9月・月平均額で記入
⑦調剤用医薬品廃棄額		約 () 円	※平成28年9月・月平均額で記入
⑧上記⑦のうち後発医薬品廃棄額		約 () 円	※平成28年9月・月平均額で記入
⑨後発医薬品使用割合 <新指標、数量ベース> (平成27年、平成28年の7月～9月) ※小数点以下第1位まで ※1 か月間に調剤した後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量÷1 か月間に調剤した後発医薬品ありの 先発医薬品と後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量×100。			
	7月	8月	9月
平成27年	(.) %	(.) %	(.) %
平成28年	(.) %	(.) %	(.) %

<院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします。院外処方せんを発行していない施設の方は5ページの質問4. ①へお進みください>

3. 外来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をお伺いします。

①外来患者に院外処方する場合、後発医薬品の使用について、施設としてどのように対応していますか。※○は1つだけ

- 1. 施設の方針として、後発医薬品を積極的に使用する
※一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含みます。
- 2. 施設の方針として、薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用する
- 3. 施設の方針として、個々の医師の判断に任せている
- 4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない
- 5. その他 (具体的に) →4ページの質問②へ

【質問①で選択肢1～3を回答した方】

▶ ①-1 後発医薬品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
- 2. 患者の経済的負担が軽減できるから
- 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
- 4. 診療報酬上の評価が高いから
- 5. 一般名処方加算を算定できるから
- 6. 医療費削減につながるから
- 7. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
- 8. その他 (具体的に)

【上記①で「4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない」と回答した方】

▶ ①-2 「施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない」理由は何ですか。具体的にお書きください。

②現在、貴施設では、一般名処方による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→質問③へ	3. 発行していない
2. 発行を検討中	
→ ②-1 一般名処方を発行していないのはなぜですか。理由を具体的にお書きください。	
③一般名処方や変更可能な後発医薬品の調剤について、後発医薬品の銘柄等に関する情報提供は「お薬手帳」以外に、必要ですか。 ※〇は1つだけ	
1. 必要である (→理由))
2. 必要な場合がある (→必要な場合の具体的な内容))
3. 必要ではない	
4. その他 (具体的に))
④「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、保険薬局と予め合意した方法で行っていますか。 ※〇は1つだけ	
1. 主に合意した方法で行っている	
2. 保険薬局によって様々である	
3. 合意した方法はない→質問⑤へ	
4. その他 (具体的に)) →質問⑤へ
【上記④で「1. 主に合意した方法で行っている」または「2. 保険薬局によって様々である」と回答した方】	
→ ④-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. 調剤をした都度提供すること	
2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする	
3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること	
4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること	
5. 副作用等問題が発生した時だけ提供すること	
6. その他 (具体的に))
⑤保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように利用していますか。具体的にお書きください。	

(→この後は、5ページの質問5. ①へお進みください)

<院外処方せんを発行していない施設の方にお伺いします>

4. 外来診療時における院内投薬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。

①外来診療時の院内投薬における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. 施設の方針として、後発医薬品を積極的に使用する 2. 施設の方針として、薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用する 3. 施設の方針として、個々の医師の判断に任せている 4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない 5. その他（具体的に) →質問5. ①へ
【上記①で選択肢1~3を回答した方】	
→①-1 後発医薬品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから 5. 医療費削減につながるから 7. その他（具体的に	2. 患者の経済的負担が軽減できるから 4. 経営上のメリットがあるから 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから)
【上記①で「4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない」と回答した方】	
→①-2「施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない」理由は何ですか。 具体的に理由をお書きください。	
(Blank area for handwritten responses)	

<すべての施設の方にお伺いします>

5. 入院患者に対する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。

※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。

①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。 ※最も近いものの番号1つだけに〇	1. 後発医薬品を積極的に処方する 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する 4. 後発医薬品を積極的には処方しない
②今後、どのような対応が進めば、病院として、入院患者への投薬・注射における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 厚生労働省による、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・卸による情報提供体制の確保 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合 5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入 6. 後発医薬品に対する患者の理解 7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価 9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示 10. その他（具体的に
③上記②の選択肢1~10のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	

<すべての施設の方にお伺いします>

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。

①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」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厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q&A～<平成27年2月 第3版発行>』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※〇は1つだけ		
1. 知っている（内容も見た）	2. 知っている（内容は見ていない）	3. 知らない
③厚生労働省では、平成25年4月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※〇は1つだけ		
1. 知っている（内容も見た）	2. 知っている（内容は見ていない）	3. 知らない
④今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※〇は1つだけ		
1. ある	2. ない→質問7.へ	
▶ ④-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇		
1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した 2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した 3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した 4. 処方していた後発医薬品の品切・製造中止 5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった 6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった 7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた 8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた 9. その他（具体的に)		

7. ロードマップの目標達成に向けて、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。

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

<院外処方せんを発行していない施設の方にお伺いします>

3. 外来診療時における院内投薬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。

<p>①外来診療時の院内投薬における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</p>	
<p>1. 後発医薬品を積極的に処方する</p> <p>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する</p> <p>3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する</p> <p>4. 後発医薬品を積極的には処方しない</p>	
<p>【上記①で選択肢1~3（後発医薬品を積極的に処方する）を回答した方】</p>	
<p>▶ ①-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇</p>	
<p>1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから</p> <p>3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから</p> <p>5. 医療費削減につながるから</p> <p>7. 施設の方針だから</p>	<p>2. 患者の経済的負担が軽減できるから</p> <p>4. 経営上のメリットがあるから</p> <p>6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから</p> <p>8. その他（具体的に)</p>
<p>【上記①で「4. 後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方】</p>	
<p>▶ ①-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇</p>	
<p>1. 後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問があるから</p> <p>2. 適応症が異なるから</p> <p>4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから →不足している情報 [</p> <p>5. 患者への普及啓発が不足しているから</p> <p>7. 経営上の観点から</p> <p>9. 患者の容態等から先発医薬品が良いと判断したから</p> <p>10. 先発医薬品では、調剤がしやすいよう製剤上の工夫がされているから</p> <p>11. 施設の方針だから</p> <p>12. その他（具体的に)</p>	<p>3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから</p> <p>6. 後発医薬品の説明に時間がかかるから</p> <p>8. 患者が先発医薬品を希望するから</p>
<p>②平成28年4月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※〇は1つだけ</p>	
<p>1. ある</p>	<p>2. ない→質問4. ①へ</p>
<p>▶ ②-1 上記②の場合、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇</p>	
<p>1. 後発医薬品を処方・調剤した</p> <p>2. 後発医薬品が存在しないため先発医薬品を処方・調剤した</p> <p>3. 後発医薬品を採用していないため先発医薬品を処方・調剤した</p> <p>4. 対応しなかった（理由：)</p> <p>5. その他（具体的に)</p>	

<すべての方にお伺いします>

4. 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。

<p>①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」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</p>		
<p>1. だいたい知っている</p>	<p>2. 少しは知っている</p>	<p>3. ほとんど知らない</p>

<p>②厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q & A～<平成27年2月 第3版発行>』を作成しホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ</p>	
<p>1. 知っている（内容も見た） 2. 知っている（内容は見ていない） 3. 知らない</p>	
<p>③厚生労働省では、平成25年4月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ</p>	
<p>1. 知っている（内容も見た） 2. 知っている（内容は見ていない） 3. 知らない</p>	
<p>④今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※○は1つだけ</p>	
<p>1. ある 2. ない→質問⑤へ</p>	
<p>▶ ④-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	
<p>1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した 2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した 3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した 4. 処方していた後発医薬品の品切・製造中止 5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった 6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった 7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた 8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた 9. その他（具体的に _____)</p>	
<p>⑤今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	
<p>1. 厚生労働省による、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・卸による情報提供体制の確保 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合 5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入 6. 後発医薬品に対する患者の理解 7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価 9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示 10. その他（具体的に _____) 11. 特に対応は必要ない→質問5. へ</p>	
<p>⑥上記⑤の選択肢1～10のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。</p>	

5. ロードマップの目標達成に向けて、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を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。

お手数をおかけいたしますが、平成28年●月●日(●)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。

2. 本日の状況等についておうかがいします。

① 本日、この薬局を選んだ理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. この薬局をかかりつけにしているから
2. 医療機関の近くにあったから
3. 通勤・通学の途中、職場や学校の近くにあったから
4. かかりつけの薬剤師がいるから
5. 薬剤師がわかりやすく説明してくれるから
6. ジェネリック医薬品を調剤してくれるから
7. 待ち時間が短いから
8. その他（具体的に _____ ）

② 本日、薬局の窓口で支払った自己負担額（一部負担金）は、いくらでしたか。 ※ない場合は「0」とお書きください。

（ _____ ）円

③ 本日、薬局の窓口で支払った自己負担額がどのくらい安くなれば、今後ジェネリック医薬品を使用したいと思えますか。※〇は1つだけ ※自己負担額0円の方は回答不要です

1. いくら安くなるかに関わらず、使用したい
2. 少しでも安くなるのであれば使用したい
3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい
→（安くなる金額の目安： _____ 円程度）
4. いくら安くなっても使用したくない
5. わからない
6. その他（具体的に _____ ）

▶ ③-1 いくら安くなっても使用したくない理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. ジェネリック医薬品の効き目（効果）や副作用に不安があるから
2. 安く売れる理由が不可解だから
3. 高いものはいいものだと考えるから
4. 聞き慣れないメーカーだから
5. 報道等でジェネリック医薬品の品質、効果等に関して良い情報を聞かないから
6. 医師がすすめないから
7. 薬剤師がすすめないから
8. 家族や知人がすすめないから
9. 使いなれたものがいいから
10. その他（具体的に _____ ）

▶ ③-1-1 そのように思われる具体的なきっかけがあれば教えてください。※〇はいくつでも

1. ジェネリック医薬品に切り替えて、副作用が出たことがあるから
→（具体的に _____ ）
2. ジェネリック医薬品に切り替えて、効き目が悪くなったことがあるから
→（具体的に _____ ）
3. その他（具体的に _____ ）

④ 本日、薬局で、先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更しましたか。 ※〇は1つだけ

1. ジェネリック医薬品へ変更した
2. 既にジェネリック医薬品であったため変更しなかった
3. ジェネリック医薬品へ変更しなかった
4. わからない

▶④-1 ジェネリック医薬品に変更した時の薬局の窓口での薬代の負担感はどうでしたか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. とても安くなった | 2. それなりに安くなった |
| 3.それほど変わらなかった | 4. わからない・覚えていない |

3. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関するご経験などについておうかがいします。
ここからは、本日のことだけではなく、今までのご経験についてお答えください。

① ジェネリック医薬品に関心がありますか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|----------|----------|--------------|
| 1. 関心がある | 2. 関心はない | 3. どちらともいえない |
|----------|----------|--------------|

② ジェネリック医薬品を知っていましたか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|----------|-----------------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 名前は聞いたことがあった | 3. 知らなかった |
|----------|-----------------|-----------|

③ 今までにジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

④ 医師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

⑤ 医師にジェネリック医薬品の処方をお願いしたことはありますか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

※ここからの質問も、本日このアンケートを受け取った薬局に限らず、今までのご経験としてお答えください。

⑥ 薬剤師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

4. ジェネリック医薬品の使用に関するお考え・ご経験や、使用促進の取組についておうかがいします。

① ジェネリック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. できればジェネリック医薬品を使いたい
2. とりあえずジェネリック医薬品を試してみたい
3. できればジェネリック医薬品を使いたくない
4. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない
5. わからない

② あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって重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）が先発医薬品と同じであること
2. 使用感がよいこと
3. 副作用の不安が少ないこと
4. 有効成分に加え、添加剤や製法も先発医薬品と同じであること
5. 先発医薬品とジェネリック医薬品について同じ点・異なる点を説明してもらえること
6. 医師や薬剤師のすすめがあること
7. 窓口で支払う薬代が安くなること
8. 少しでも医療財政の節約に貢献できること
9. その他（具体的に _____ ）
10. 特にない→質問④へ

③ 上記②の選択肢 1～9 のうち、最も重要なことは何ですか。
あてはまる番号を1つだけお書きください。

④ 今までに受け取ったことがあるものは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. ジェネリック医薬品希望カード
2. ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）
3. 薬剤情報提供文書
4. 受け取ったことがない

【上記④で受け取ったことがある方におうかがいします。】

④-1 これらを受け取ったことをきっかけに、医師や薬剤師にジェネリック医薬品の相談・質問をしたことがありますか。 ※○は1つだけ

1. ある
2. ない

【上記④で受け取ったことがある方におうかがいします。】

④-2 これらを受け取ったことをきっかけに、ジェネリック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

(すべての方にお伺いします。)

⑤ 今後、活用してみたいものは何ですか。 ※〇はいくつでも

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| 1. ジェネリック医薬品希望カード | 2. ジェネリック医薬品軽減額通知 (差額通知等) |
| 3. 薬剤情報提供文書 | 4. お薬手帳 |
| 5. 特にない | |

5. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等をおうかがいします。

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。
お手数をおかけいたしますが、●月●日(●)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、
お近くのポストに投函してください。

平成 28 年*月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）
「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」への
ご協力のお願い(案)

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 28 年 4 月の診療報酬改定においては、後発医薬品調剤体制加算の要件の見直しや後発医薬品使用体制加算の指標の見直し、診療所における後発医薬品使用体制の評価など、後発医薬品使用促進を目的とした見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 28 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、後発医薬品の使用状況や使用に関する意識等の変化を正確に把握することを目的に本調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

平成 28 年*月*日（*）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-1 1-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社（担当：***、***、***）

E-mail：***@murc.jp

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：03-6733-****（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：03-6733-****