

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

- 病院勤務医の負担軽減の実態調査
 - ・ 施設調査票 1頁
 - ・ 医師責任者調査票 10頁
 - ・ 医師調査票 16頁

- 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査
 - ・ 病院調査票 20頁
 - ・ 診療所調査票 27頁
 - ・ 患者調査票 33頁

- 後発医薬品の使用状況調査
 - ・ 薬局調査票 39頁
 - ・ 病院調査票 47頁
 - ・ 医師調査票 50頁
 - ・ 診療所調査票 54頁
 - ・ 患者調査票 60頁

- 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
 - ・ 施設調査票 62頁
 - ・ 患者調査票 70頁

- 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2
 - ・ 施設調査票 75頁
 - ・ 事例調査票 80頁
 - ・ 国民意識調査票 83頁

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

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

施設名	()
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

※本調査票は、施設の管理者の方と医師の方とでご相談の上、ご記入ください。回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

※調査時点は平成20年10月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①開設主体	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人					
②許可病床数 (医療法)	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症 病床	計
	床	床	床	床	床	床
③病院の種別 ※あてはまる番号すべてに○	1. 特定機能病院 3. 小児救急医療拠点病院 5. がん診療連携拠点病院			2. 地域医療支援病院 4. 災害拠点病院 6. その他（具体的に)		
④救急医療体制 ※あてはまる番号すべてに○	1. 第2次救急 3. 高度救命救急センター 5. その他（具体的に)			2. 救命救急センター 4. 総合周産期母子医療センター		
⑤DPC対応	1. DPC対象病院 3. 対応していない			2. DPC準備病院		
⑥標榜している 診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科 4. 脳神経外科 7. 呼吸器科 10. 精神科 13. 泌尿器科 16. その他（具体的に)		2. 外科 5. 小児科 8. 消化器科 11. 眼科 14. 皮膚科		3. 整形外科 6. 産婦人科・産科・婦人科 9. 循環器科 12. 耳鼻咽喉科 15. 救急科	
⑦病院の体制：あるもの ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域連携室の設置 3. 24時間の検査体制		2. 24時間の画像診断体制 4. 24時間の調剤体制			
⑧勤務医負担軽減対策計画の策定状況	1. 既に策定済み 2. 現在策定中である 3. 策定していない					
⑨診療録電子カルテの導入状況	1. 導入している → 導入時期：平成()年()月 2. 導入していない					

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

2. 患者数等についてお伺いします。

①1か月の外来患者数についてご記入ください。		
	平成19年10月	平成20年10月
1) 外来患者数(初診)	人	人
2) 外来患者延べ数(再診)	人	人
3) 救急搬送による外来患者延べ数	人	人
4) 上記1)のうち、初診に係る選定療養の実費徴収を行った患者数	人	人
②1か月の入院患者数についてご記入ください。		
	平成19年10月	平成20年10月
1) 新規入院患者数	人	人
2) 救急搬送により緊急入院した患者数		
3) 退院患者数	人	人
4) 診療情報提供料を算定した退院患者数	人	人
5) 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数	人	人
6) 月末在院患者数	人	人

3. 病院勤務医の状況等についてお伺いします。

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

	平成19年10月		平成20年10月	
	男性	女性	男性	女性
1) 病院全体の医師	人	人	人	人
(1) 内科の医師	人	人	人	人
(2) 精神科の医師	人	人	人	人
(3) 小児科の医師	人	人	人	人
(4) 外科の医師	人	人	人	人
(5) 脳神経外科の医師	人	人	人	人
(6) 整形外科医師	人	人	人	人
(7) 産科又は産婦人科の医師	人	人	人	人
(8) 救急科の医師	人	人	人	人
(9) その他の医師	人	人	人	人

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

	平成19年10月		平成20年10月	
	男性	女性	男性	女性
1) 病院全体の医師	人	人	人	人
(1) 内科の医師	人	人	人	人
(2) 精神科の医師	人	人	人	人
(3) 小児科の医師	人	人	人	人
(4) 外科の医師	人	人	人	人
(5) 脳神経外科の医師	人	人	人	人
(6) 整形外科医師	人	人	人	人
(7) 産科又は産婦人科の医師	人	人	人	人
(8) 救急科の医師	人	人	人	人
(9) その他の医師	人	人	人	人

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

	平成19年10月				平成20年10月			
	平均当直回数		連続当直の合計回数		平均当直回数		連続当直の合計回数	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1) 病院全体の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(1) 内科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(2) 精神科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(3) 小児科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(4) 外科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(5) 脳神経外科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(6) 整形外科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(7) 産科又は産婦人科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(8) 救急科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(9) その他の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回

4. 病院勤務医の負担軽減策の実施状況等についてお伺いします。

<p>①貴院では、次のような医師の負担軽減策を取り組んでいますか。取り組んでいる場合は、a)いつから、取り組んでいますか。また、b)貴院の取組み内容を具体的に記入してください。 ※回答欄の選択肢中にある「計画」とは「勤務医負担の軽減に資する計画」を指します。</p>	
1) 医師・看護師等の業務分担	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p>
2) 医師事務作業補助体制	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p>
3) 短時間正規雇用の医師の活用	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p>
4) 連続当直を行わない勤務シフト	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p>
5) 当直後の通常勤務に係る配慮	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画がない 4. その他 (具体的に)</p>
<p>②上記①の項目1)～5)以外で、貴院で取り組んでいる医師の負担軽減策がある場合、その内容を具体的に記入ください。</p>	

③ 貴院では、平成 20 年 4 月以降、医師の経済面での処遇を改善しましたか。

1. 改善した → 質問③-1へ 2. 変わらない → 6 ページの 5. ①へ

③-1 医師の経済面での処遇改善内容としてあてはまるものに○をつけてください。
※あてはまる番号すべてに○

- 1. 基本給を増やした → 質問③-2-1へ
- 2. 手当を増やした → 質問③-2-2へ
- 3. その他 → 質問③-2-3へ

（具体的に

③-2-1 「1. 基本給（賞与を含む）を増やした」施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。※あてはまる番号すべてに○

- 1. 医師全員
- 2. 特定の診療科に勤務する医師 ※あてはまる診療科すべてに○
 - 1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科
 - 6. 整形外科 7. 産科又は産婦人科 8. 救急科
 - 9. その他（具体的に
- 3. 特定の医師 ※あてはまるものすべてに○
 - 1. 常勤 2. 非常勤 3. 臨床研修医 4. 専門研修医（後期）
 - 5. 管理職 6. 特定の手術室勤務をした医師
 - 7. その他（具体的に

③-2-2 「2. 手当を増やした」施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。
※あてはまる番号すべてに○

- 1. 医師全員
- 2. 特定の診療科に勤務する医師 ※あてはまる診療科すべてに○
 - 1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科
 - 6. 整形外科 7. 産科又は産婦人科 8. 救急科
 - 9. その他（具体的に
- 3. 特定の医師 ※あてはまるものすべてに○
 - 1. 常勤 2. 非常勤 3. 臨床研修医 4. 専門研修医（後期）
 - 5. 管理職 6. 特定の手術室勤務をした医師
 - 7. その他（具体的に

③-2-3 「3. その他」を選択した施設の方にお伺いいたします。その対象医師は誰ですか。
※あてはまる番号すべてに○

- 1. 医師全員
- 2. 特定の診療科に勤務する医師 ※あてはまる診療科すべてに○
 - 1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科
 - 6. 整形外科 7. 産科又は産婦人科 8. 救急科
 - 9. その他（具体的に
- 3. 特定の医師 ※あてはまるものすべてに○
 - 1. 常勤 2. 非常勤 3. 臨床研修医 4. 専門研修医（後期）
 - 5. 管理職 6. 特定の手術室勤務をした医師
 - 7. その他（具体的に

5. 入院時医学管理加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

①貴院では、現行の「入院時医学管理加算」の届出をしていますか。	1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →6. ①へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください		
①-1 届出をしていない理由をお書きください。			
→6. ①へお進みください			
②現行の「入院時医学管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成20年()月		
③初診に係る選定療養(実費徴収)の状況	1. ある→()円 2. ない		
④平成20年10月1か月分の手術件数等をご記入ください。各項目は重複した数値で結構です。			
1) 全身麻酔	件	5) 放射線治療 (体外照射法)	件
2) 人工心肺を用いた手術	件	6) 分娩	件
3) 悪性腫瘍手術	件	7) 緊急帝王切開	件
4) 腹腔鏡下手術	件		
⑤「入院時医学管理加算」について、具体的な問題・要望等がありましたら、ご記入ください。			

6. 医師事務作業補助体制加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

①貴院では、「医師事務作業補助体制加算」の届出をしていますか。	1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →8ページ7. ①へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください
①-1 届出をしていない理由をお書きください。	
→8ページ7. ①へお進みください	

②「医師事務作業補助体制加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成20年（ ）月	
③当該加算の有無は別に、医師の事務作業を補助する専従者を配置した時期はいつですか。	平成（ ）年（ ）月	
④医師事務作業補助体制加算の種類	（ ）対1補助体制加算	
⑤医師事務作業補助者（専従者）の人数、給与総額を常勤・非常勤別にご記入ください。		
	常勤	非常勤
1) 人数（平成20年10月）	（ ）人	（ ）人
a) 上記1)のうち 医療従事経験者	（ ）人	（ ）人
b) 上記1)のうち、医療事務経験者	（ ）人	（ ）人
2) 給与総額（平成20年10月1か月）	約（ ）万円	約（ ）万円
⑥医師事務作業補助者はどのように配置していますか。	1. 病院全体でまとめて配置している 2. 特定の診療科に配置している 3. 特定の病棟に配置している 4. 特定の医師に対して配置している 5. その他（具体的に ）	
⑦1) 加算の届出以降、以下の各項目（A～E）について医師事務作業補助者が実際に従事している場合は「1. あり」に、従事していない場合は「2. なし」に○をつけてください。 2) 各項目の業務内容を主に担当しているのは誰ですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。		
	1) 医師事務作業補助者の従事（○は1つ）	2) 主な担当者（○は1つ）
A. 診断書などの文書作成補助	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
B. 診療記録への代行入力	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
C. 医療の質の向上に資する事務作業	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
D. 行政上の業務 （救急医療情報システムへの入力等）	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
E. その他（主なもの： ）	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
⑧医師事務作業補助者の業務範囲は明確になっていますか。	1. 院内規程等で明確にしている 2. 曖昧な部分がある →（具体的に ） 3. その他（具体的に ）	

⑨ 医師事務作業補助者の配置により、個人情報保護上の問題が、今までに発生しましたか。	1. 発生していない 2. 発生した → 具体的に
⑩ 「医師事務作業補助体制加算」について、具体的な問題・要望等がありましたら、ご記入ください。	

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

① 貴院では、「ハイリスク分娩管理加算」の届出をしていますか。	1. 届出をしている → ②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある → 9 ページ 8. へお進みください 3. 届出をしていない → ①-1 へお進みください								
①-1 届出をしていない理由をお書きください。									
→ 9 ページ 8. へお進みください									
② 「ハイリスク分娩管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成 20 年 () 月								
③ 分娩件数についてご記入ください。									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">平成 19 年</th> <th style="width: 50%;">平成 20 年</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 月</td> <td style="text-align: center;">8 月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9 月</td> <td style="text-align: center;">9 月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10 月</td> <td style="text-align: center;">10 月</td> </tr> </table>	平成 19 年	平成 20 年	8 月	8 月	9 月	9 月	10 月	10 月
平成 19 年	平成 20 年								
8 月	8 月								
9 月	9 月								
10 月	10 月								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">平成 19 年</th> <th style="width: 50%;">平成 20 年</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 月</td> <td style="text-align: center;">8 月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9 月</td> <td style="text-align: center;">9 月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10 月</td> <td style="text-align: center;">10 月</td> </tr> </table>	平成 19 年	平成 20 年	8 月	8 月	9 月	9 月	10 月	10 月
平成 19 年	平成 20 年								
8 月	8 月								
9 月	9 月								
10 月	10 月								
④ 「ハイリスク分娩管理加算」の算定回数についてご記入ください。									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">平成 19 年</th> <th style="width: 50%;">平成 20 年</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 月</td> <td style="text-align: center;">8 月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9 月</td> <td style="text-align: center;">9 月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10 月</td> <td style="text-align: center;">10 月</td> </tr> </table>	平成 19 年	平成 20 年	8 月	8 月	9 月	9 月	10 月	10 月
平成 19 年	平成 20 年								
8 月	8 月								
9 月	9 月								
10 月	10 月								

⑤「ハイリスク分娩管理加算」について、具体的な問題・要望等がありましたら、ご記入ください。

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

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

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

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

お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

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

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、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。※ご回答頂いた調査票は、調査期限までに病院の開設者・管理者に提出してください。

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

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

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

① 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。 ※〇は1つだけ		
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（	）
② 日常業務において、負担が最も重いと感じる業務は何ですか。 ※〇は1つだけ		
1. 入院診療	2. 外来診療	3. 当直
4. 院内における教育・指導	5. 病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）	
6. 管理業務	7. その他（	
③ 上記②で選択した業務は、全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか。（時間ベース）		
1. 10%未満	2. 10%～30%未満	3. 30%～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
④ 1年前と比較して、入院診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない→質問⑤へ	
3. 軽減した		
④-1 上記④で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。		
⑤ 1年前と比較して、外来診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない→質問⑥へ	
3. 軽減した		
⑤-1 上記⑤で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。		
⑥ 1年前と比較して、 病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等） に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 軽減した
⑦ 1年前と比較して、 院内における教育・指導 に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 軽減した
⑧ 1年前と比較して、 管理業務 に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 軽減した
⑨ 貴院での勤務医負担軽減策に関する計画をご存知ですか。 ※〇は1つだけ		
1. 内容も含め知っている		
2. あることは知っているが、内容は知らない		
3. 知らない		

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

①1年前と比較して、貴診療科の医師の勤務状況は、全体としてどのように変化しましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|----------|----------------|
| 1. 改善した | 2. どちらかという改善した |
| 3. 変わらない | 4. どちらかという悪化した |
| 5. 悪化した | 6. その他（具体的に) |

②1年前と比較して、入院診療に係る貴診療科の業務負担はどうなりましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問③へ |
| 3. 軽減した | |

②-1 上記②で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

③1年前と比較して、外来診療に係る貴診療科の業務負担はどうなりましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問④へ |
| 3. 軽減した | |

③-1 上記③で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

④貴診療科では、平成20年4月以降、夜間・早朝の軽症救急患者数は変化しましたか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 減少した |
|---------|----------|---------|

⑤貴診療科の医師の人数・勤務実績等をご記入ください。

	平成19年10月	平成20年10月
1) 常勤医師数	人	人
2) 非常勤（週24時間以上）医師数	人	人
3) 常勤医師1人当たり月平均残業時間	時間	時間
4) 非常勤（週24時間以上） 医師1人当たり月平均残業時間	時間	時間
5) 医師1人当たり月平均当直回数	回	回
6) 連続当直をした医師の延べ人数	人	人

⑥貴診療科の医師の退職者数をご記入ください。 ※通常の人事交替による退職（医師減）は含みません。

	平成19年4月～9月	平成20年4月～9月
1) 常勤－男性医師	人	人
2) 常勤－女性医師	人	人
3) 非常勤－男性医師	人	人
4) 非常勤－女性医師	人	人

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

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

	1) 取り組んでいる内容	※取り組んでいる場合	2) 医師の勤務負担の軽減上の効果				
			効果があった	効果があつた どちらかといえば	い どちらともいえない	効果がなかつた どちらかといえば	効果がなかつた
a) 医師業務の看護師等コメディカルへの移転	a	→	5	4	3	2	1
b) 医師事務作業補助者(医療クラーク)の配置	b	→	5	4	3	2	1
c) 常勤医師の増員	c	→	5	4	3	2	1
d) 非常勤医師の増員	d	→	5	4	3	2	1
e) 短時間勤務の導入	e	→	5	4	3	2	1
f) 連続当直を行わない勤務シフト体制	f	→	5	4	3	2	1
g) 当直翌日の残業なしの配慮	g	→	5	4	3	2	1
h) 当直翌日の仮眠をとれる体制	h	→	5	4	3	2	1
i) 外来診療時間の短縮	i	→	5	4	3	2	1

②上記①以外で、貴診療科で取り組んでいる医師勤務負担軽減策があれば、その内容をお書きください。

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

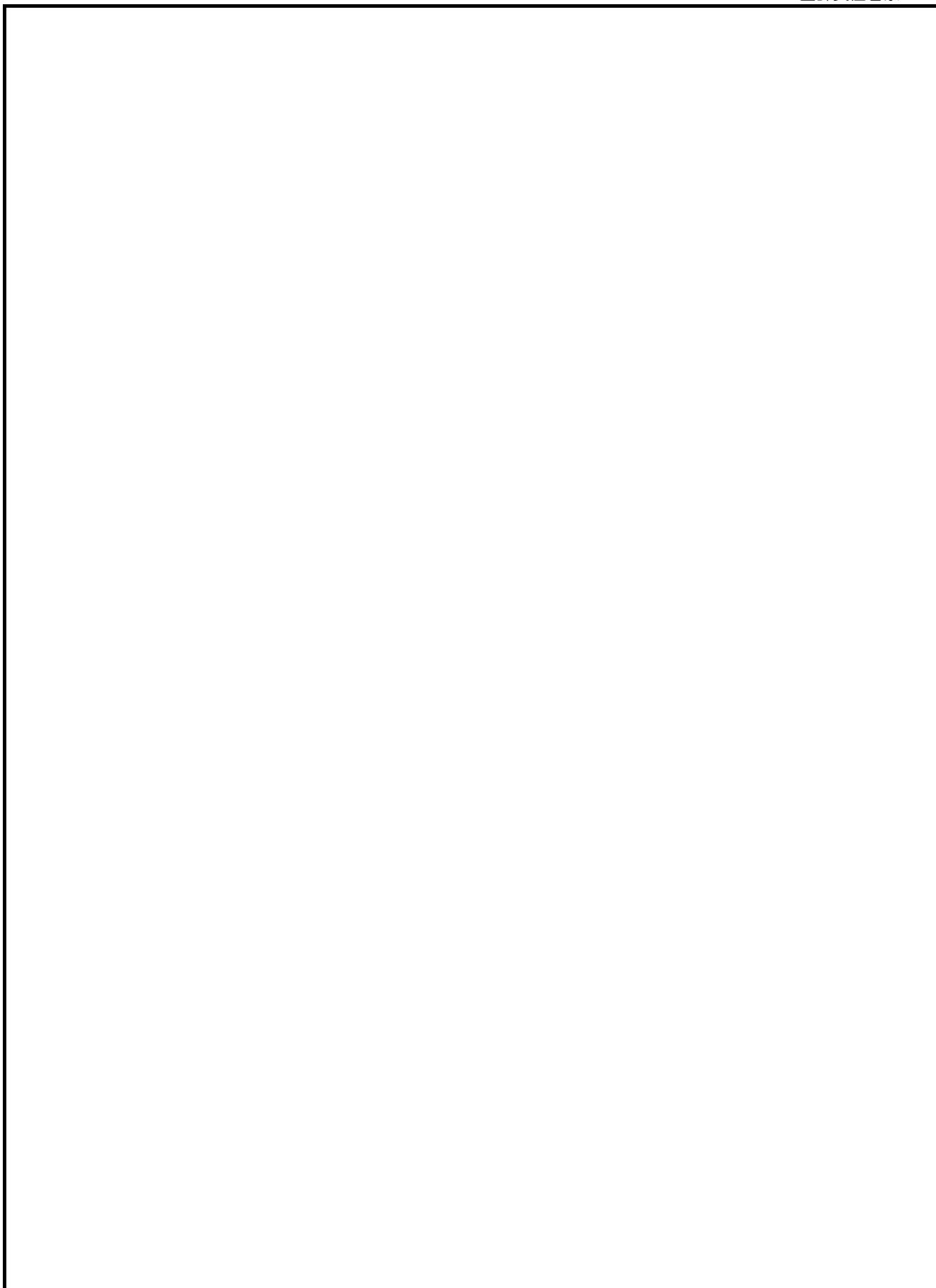
	1) 業務分担を進めたもの	※業務分担を進めた場合	2) 業務負担の軽減上の効果				
			効果があった	効果があつた	どちらかといえば	どちらともいえない	効果がなかった
a) 静脈注射及び留置針によるルート確保	a	→	5	4	3	2	1
b) 薬剤の投与量の調整	b	→	5	4	3	2	1
c) 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助	c	→	5	4	3	2	1
d) 主治医意見書の記載の補助	d	→	5	4	3	2	1
e) 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力、電子カルテの入力の代行	e	→	5	4	3	2	1
f) 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充	f	→	5	4	3	2	1
g) 患者の移送	g	→	5	4	3	2	1
h) 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定	h	→	5	4	3	2	1
i) 入院中の療養生活に関する対応(病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等)	i	→	5	4	3	2	1
j) 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明	j	→	5	4	3	2	1
k) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明	k	→	5	4	3	2	1
l) カンファレンスの準備等の業務	l	→	5	4	3	2	1
m) その他（具体的に： ）	m	→	5	4	3	2	1

④ 貴診療科では、平成 20 年 4 月以降、経済面での処遇について変更がありましたか。

1) 昇格以外の理由で基本給（賞与を含む）に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1.増額した 2.変わらない 3.減額した 1か月で変化した平均金額（ ）円
2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当ではない、手術や当直等の勤務手当に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1.増額した 2.変わらない 3.減額した 1回当たりの変化した平均金額（ ）円

⑤上記④以外で、貴診療科で実施した経済面での処遇改善があれば、その内容をお書きください。

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



アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

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

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

お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

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

※回答の際は、あてはまる番号を〇（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「〇（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※ご回答頂いた調査票は、調査期限までに病院の開設者・管理者に提出してください。

1. 貴方ご自身（平成 20 年 10 月末現在）についてお伺いします。

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	() 歳
③医師経験年数	() 年		
④主たる担当診療科 ※〇は1つだけ	1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科	5. 脳神経外科 6. 整形外科 7. 産科・産婦人科 8. 救急科	9. その他（具体的に)
⑤勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤（週 24 時間以上）		
⑥役職等	1. 管理職以外のスタッフ医師 2. 臨床研修医		
	3. 専門研修医（後期） 4. 研究員 5. 大学院生		
	6. その他（具体的に)		
⑦平成 20 年 4 月以降のあなたの昇格の有無	1. あり 2. なし		
⑧この病院での勤続年数	() 年 () か月		
⑨直近 1 週間の実勤務時間	() 時間 () 分		
⑩外来診療の有無	1. あり → 1 日当たり平均外来診察患者数 () 人 2. なし		
⑪入院診療におけるあなたの担当患者の有無	1. あり → 担当患者数 () 人 ※平成 20 年 10 月末現在 2. なし		
⑫この病院における平成 19 年および平成 20 年 10 月のあなたの当直回数と連続当直回数についてお答えください。			
	平成 19 年 10 月		平成 20 年 10 月
1) 月当直回数	() 回		() 回
2) 連続当直回数	() 回		() 回
⑬この病院以外に勤務している病院の有無	1. あり 2. なし		
⑭この病院以外でのアルバイトの勤務状況について	平成 19 年 10 月		平成 20 年 10 月
1) 1 か月当たりの勤務日数	() 日		() 日
2) 1 か月の当直回数	() 回		() 回
3) 2)のうち連続当直回数	() 回		() 回
4) 1 週間の勤務時間	() 時間		() 時間

2. 医師の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①1年前と比較して、あなたの現在の勤務状況はいかがですか。 ※〇は1つだけ		
1. 良くなっている	2. どちらかという良くなっている	
3. 変わらない	4. どちらかという悪くなっている	
5. 悪くなっている	6. その他（具体的に	）
②日常業務において、負担が最も重いと感じる業務は何ですか。 ※〇は1つだけ		
1. 入院診療	2. 外来診療	3. 当直
4. 院内における教育・指導	5. 病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）	
6. その他（具体的に	）	
③上記②で選択した業務は、全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか。（時間ベース） ※〇は1つだけ		
1. 10%未満	2. 10%～30%未満	3. 30%～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
④1年前と比較して、入院診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない→質問⑤へ	
3. 軽減した		
④-1 上記④で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。		
⑤1年前と比較して、外来診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない→質問⑥へ	
3. 軽減した		
⑤-1 上記⑤で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。		
⑥1年前と比較して、病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 軽減した
⑦1年前と比較して、院内における教育・指導に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 減少した
⑧あなたが所属している診療科では、1年前と比較して、夜間・早朝の軽症救急患者数はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 減少した
⑨貴院での勤務医負担軽減策に関する計画をご存知ですか。 ※〇は1つだけ		
1. 内容も含め知っている		
2. あることは知っているが、内容は知らない		
3. 知らない		

⑩以下の業務のうち、あなたにとって負担が重い業務はどれですか。この他に、負担の重い業務があれば、「12. その他」の()内にその業務の内容を具体的に記入してください。 ※あてはまる番号すべてに○

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

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

	1) 業務分担を進めたもの	※業務分担を進めた場合	2) 業務負担の軽減上の効果				
			効果があった	効果がなかった	どちらかといえば	どちらともいえない	効果がなかった
a) 静脈注射及び留置針によるルート確保	a	→	5	4	3	2	1
b) 薬剤の投与量の調整	b	→	5	4	3	2	1
c) 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助	c	→	5	4	3	2	1
d) 主治医意見書の記載の補助	d	→	5	4	3	2	1
e) 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の入力の代行	e	→	5	4	3	2	1
f) 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充	f	→	5	4	3	2	1
g) 患者の移送	g	→	5	4	3	2	1
h) 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定	h	→	5	4	3	2	1
i) 入院中の療養生活に関する対応（病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等）	i	→	5	4	3	2	1
j) 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明	j	→	5	4	3	2	1
k) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明	k	→	5	4	3	2	1
l) カンファレンスの準備等の業務	l	→	5	4	3	2	1
m) その他（具体的に：)	m	→	5	4	3	2	1

⑫ 1年前と比較して、あなたの実際の残業時間はどうになりましたか。※〇は1つだけ							
1. 増加した	2. 変わらない						
3. 減少した							
⑬ 当直後の配慮についておうかがいします。※〇は1つだけ							
1) 当直翌日は早く帰宅できる配慮がなされていますか。	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. はい</td> <td style="width: 50%;">2. いいえ</td> </tr> </table>	1. はい	2. いいえ				
1. はい	2. いいえ						
2) 当直翌日は仮眠をとれる体制が整っていますか。	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. はい</td> <td style="width: 50%;">2. いいえ</td> </tr> </table>	1. はい	2. いいえ				
1. はい	2. いいえ						
3) 連続当直にならないようなローテーション等の配慮がなされていますか。	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. はい</td> <td style="width: 50%;">2. いいえ</td> </tr> </table>	1. はい	2. いいえ				
1. はい	2. いいえ						
⑭ 平成 20 年 4 月以降、経済面での処遇についておうかがいします。							
1) 昇格以外の理由で基本給（賞与を含む）に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 増えた</td> <td style="width: 33%;">2. 変わらない</td> <td style="width: 33%;">3. 減った</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1 か月当たりの変化した金額（ ） 円</td> </tr> </table>	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った	1 か月当たりの変化した金額（ ） 円		
	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った				
1 か月当たりの変化した金額（ ） 円							
2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当ではない、手術や当直等の勤務手当に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 増えた</td> <td style="width: 33%;">2. 変わらない</td> <td style="width: 33%;">3. 減った</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1 回当たりの変化した金額（ ） 円</td> </tr> </table>	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った	1 回当たりの変化した金額（ ） 円		
1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った					
1 回当たりの変化した金額（ ） 円							
⑮ 病院の中でどのような取組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思いますか。具体的にご記入ください。							
⑯ あなたご自身の希望として、最も近いもの 1 つをお選びください。※〇は1つだけ							
<ol style="list-style-type: none"> 1. できれば、今の職場（同じ病院・同じ診療科）で働きたい 2. できれば、別の病院（診療科は同じ）に異動したい 3. できれば、別の診療科（病院は同じ）に異動したい 4. できれば、別の職場（別の病院・別の診療科）に異動したい 5. できれば、開業したい 6. できれば、診療を辞めたい 7. その他（具体的に _____) 							
⑰ 上記⑯を選択した主な理由をお書きください。							

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

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

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

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

施設名	
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

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

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

※調査時点は平成20年10月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①開設者	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人					
②許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症 病床	計
	床	床	床	床	床	床
③職員数（常勤換算）	医 師	歯科医師	薬剤師	看護職員	その他	計
	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人
④外来担当医師数 （常勤換算）	（ . ）人					
常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数（小数点以下第1位まで）でお答えください。 ■ 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）						

2. 外来診療の状況（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

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

③ 上記②で選んだ診療科の表示している診療時間を24時間表記(例. 午後3時は「15:00」)でご記入ください。		
月曜日	1. 診療している → 2. 診療していない	(): () ~ (): () (): () ~ (): () (): () ~ (): ()
火曜日	1. 診療している → 2. 診療していない	(): () ~ (): () (): () ~ (): () (): () ~ (): ()
水曜日	1. 診療している → 2. 診療していない	(): () ~ (): () (): () ~ (): () (): () ~ (): ()
木曜日	1. 診療している → 2. 診療していない	(): () ~ (): () (): () ~ (): () (): () ~ (): ()
金曜日	1. 診療している → 2. 診療していない	(): () ~ (): () (): () ~ (): () (): () ~ (): ()
土曜日	1. 診療している → 2. 診療していない	(): () ~ (): () (): () ~ (): () (): () ~ (): ()
日曜日	1. 診療している → 2. 診療していない	(): () ~ (): () (): () ~ (): () (): () ~ (): ()
祝祭日	1. 診療している → 2. 診療していない	(): () ~ (): () (): () ~ (): () (): () ~ (): ()

④ 平成 20 年 10 月の 1 か月間における「外来診療患者延べ人数」、「外来管理加算算定回数」について、それぞれ () 内に数値をご記入ください。				
	(1) すべての外来 診療患者延べ 人数 (2)+(3)			(4) 外来管理加算 算定回数
	(2) 初診患者数	(3) 再診患者 延べ人数		
1) 合計	() 人	() 人	() 人	() 回
2) 内科	() 人	() 人	() 人	() 回
3) 外科	() 人	() 人	() 人	() 回
4) 整形外科	() 人	() 人	() 人	() 回
5) 形成外科	() 人	() 人	() 人	() 回
6) 脳神経外科	() 人	() 人	() 人	() 回
7) 小児科	() 人	() 人	() 人	() 回
8) 産婦人科	() 人	() 人	() 人	() 回
9) 呼吸器科	() 人	() 人	() 人	() 回
10) 消化器科	() 人	() 人	() 人	() 回
11) 循環器科	() 人	() 人	() 人	() 回
12) 精神科	() 人	() 人	() 人	() 回
13) 眼科	() 人	() 人	() 人	() 回
14) 耳鼻咽喉科	() 人	() 人	() 人	() 回
15) 泌尿器科	() 人	() 人	() 人	() 回
16) 皮膚科	() 人	() 人	() 人	() 回
17) その他 () 科	() 人	() 人	() 人	() 回
() 科	() 人	() 人	() 人	() 回
() 科	() 人	() 人	() 人	() 回
() 科	() 人	() 人	() 人	() 回

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

①「外来管理加算」の算定をしていますか。

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

1. 平成 20 年 3 月以前から算定したことがない → 7 ページ 4. ④へお進みください

2. 平成 20 年 3 月以前は算定していたが、現在は算定していない

→ 算定をやめた理由：

→ 7 ページ 4. ④へお進みください

3. 算定している → (1. 平成 20 年 3 月以前から 2. 平成 20 年 4 月以降から)

→ 次の質問②へお進みください

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

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

③外来管理加算を算定している患者 1 人当たりの診察を行っている時間*はどのくらいですか。

※おおよその時間で結構です。具体的に数字を記入してください。

約（ ）分

*「診察を行っている時間」とは

患者が診察室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間を指します。

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

■ 外来管理加算の意義付けの見直しの内容 ■

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

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

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

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

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

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

<懇切丁寧な説明の項目>

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

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

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

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

→質問④へお進みください

④「外来管理加算」について課題等がございましたら、自由にお書きください。

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

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

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

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

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

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

※調査時点は平成20年10月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①開設者	1. 国立 2. 公立 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人					
②種別	1. 無床診療所					
※〇は1つだけ	2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床					
③職員数（常勤換算）	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	看 護 職 員	そ の 他	計
	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人	. 人
常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数（小数点以下第1位まで）でお答えください。 ■ 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)						

2. 外来診療の状況（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①外来診療を行っている診療科	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科 9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科 16. その他（具体的に)			
②①のうち主たる診療科	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科 9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科 16. その他（具体的に)			
※〇は1つだけ				

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

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

④平成20年10月1か月間における各項目の実績についてご記入ください。

1) 外来担当医師数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで	(.)人
2) 外来診療実日数(例. 半日診療の場合は「0.5」) ※小数点以下第1位まで	(.)日
3) 医師全員の合計診療時間 ※小数点以下第2位まで	(.)時間
4) すべての外来患者延べ人数 (下記5)+6))	()人
5) 4)のうち初診患者数	()人
6) 4)のうち再診患者延べ人数	()人
7) 外来管理加算の算定回数	()回

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

①「外来管理加算」の算定をしていますか。

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

1. 平成 20 年 3 月以前から算定したことがない → 6 ページ 4.④へお進みください

2. 平成 20 年 3 月以前は算定していたが、現在は算定していない

→ 算定をやめた理由：（

→ 6 ページ 4.④へお進みください

3. 算定している → (1. 平成 20 年 3 月以前から 2. 平成 20 年 4 月以降から)

→ 次の質問②へお進みください

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

※あてはまる番号すべてに○

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

③外来管理加算を算定している患者 1 人当たりの診察を行っている時間*はどのくらいですか。

※おおよその時間で結構です。具体的に数字を記入してください。

約（ ）分

*「診察を行っている時間」とは

患者が診察室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間を指します。

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

■ 外来管理加算の意義付けの見直しの内容 ■

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

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

① 外来管理加算の意義付けの見直しによって、貴院ではどのような変化がありましたか。

※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ○を1つだけつけてください。

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

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

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

<懇切丁寧な説明の項目>

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

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

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

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

→質問④へお進みください

④ 「外来管理加算」について課題等がございましたら、自由にお書きください。

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

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

1. あなたご自身についておうかがいします。

① 性別	1. 男性	2. 女性
------	-------	-------

② 年齢	()歳
------	------

③ 本日診察を受けた診療科 ※○は1つだけ ※この用紙を受け取った診療科に○をつけてください。	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科
	4. 形成外科	5. 脳神経外科	6. 小児科
	7. 産婦人科	8. 呼吸器科	9. 消化器科
	10. 循環器科	11. 精神科	12. 眼科
	13. 耳鼻咽喉科	14. 泌尿器科	15. 皮膚科
	16. その他（具体的に)

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

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

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

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

⑦ 担当医師は、1年前と変わりましたか。あてはまるもの1つだけ○をつけてください。

1. 担当医師は変わらない → 質問⑧にお進みください。
2. 担当医師は変わった → 3ページの2. 質問①にお進みください。

⑧ 3月以前と比べて今年4月以降の診療についてどう思いますか。それぞれの質問について、あてはまるもの1つだけ○をつけてください。

(1) 症状・状態についての医師からの質問（問診）や聴診器で聴いたり、点眼するなどの医師の診察（身体診察）

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 3月以前よりも丁寧（ていねい） | 2. 3月以前と変わらず丁寧 |
| 3. 3月以前と変わらず丁寧ではない | 4. 3月以前よりも丁寧ではない |

(2) 症状・状態についての医師からの説明

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3月以前よりもわかりやすい | 2. 3月以前と変わらずわかりやすい |
| 3. 3月以前と変わらずわかりにくい | 4. 3月以前よりもわかりにくい |

(3) 今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3月以前よりもわかりやすい | 2. 3月以前と変わらずわかりやすい |
| 3. 3月以前と変わらずわかりにくい | 4. 3月以前よりもわかりにくい |

(4) 処方された薬についての医師からの説明

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3月以前よりもわかりやすい | 2. 3月以前と変わらずわかりやすい |
| 3. 3月以前と変わらずわかりにくい | 4. 3月以前よりもわかりにくい |

(5) あなたの悩みや不安についての相談

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 3月以前よりも相談に応じてくれる | 2. 3月以前と変わらず相談に応じてくれる |
| 3. 3月以前と変わらず相談に応じてくれない | 4. 3月以前よりも相談に応じてくれない |

(6) 診察時間（医師が直接診察してくれる時間）

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 3月以前よりも長くなった | 2. 3月以前と変わらない |
| 3. 3月以前よりも短くなった | |

(7) 待ち時間（診察までの待ち時間、会計の待ち時間は含みません）

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 3月以前よりも長くなった | 2. 3月以前と変わらない |
| 3. 3月以前よりも短くなった | |

<全員におうかがいします。>

2. 本日の診察の状況等についておうかがいします。

- ① 本日の診察時間*はおよそ何分でしたか。
※時間がわからない場合は「1. わからない」に○をつけてください。

() 分

→1. わからない

*診察時間とは・・・診察室に入り、医師から直接、問診や身体診察を受けたり、医師へ質問したり、医師から説明を聞いたりした後、診察室を出るまでの時間です。待ち時間や会計の時間などは含まれません。

- ② 本日の診察(①の回答)で、医師から受けた診察内容について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | | |
|--|---|-------------|
| 1. 問診 (あなたの症状・状態などについての医師からの質問) | } | 問診・
身体診察 |
| 2. 身体診察 (聴診器で聴く、点眼するなど、医師が患者の身体に、直接または間接的にふれながら診察する) | | |
| 3. 症状・状態についての医師からの説明 | } | 説明内容 |
| 4. 今後の治療方針 | | |
| 5. 生活上の注意や指導 (食事や睡眠、運動などについての説明) | | |
| 6. 処方された薬についての説明 | | |
| 7. 悩みや不安・相談への対応 | } |) |
| 8. その他 (具体的に | | |

- ③ 本日の診察内容に満足していますか。 ※○は1つだけ

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. とても満足している | 2. 満足している |
| 3. どちらともいえない | 4. 不満である |
| 5. とても不満である | |

- ④ 本日の診察時間の長さはどうですか。 ※○は1つだけ

- | | | |
|---------|---------|-----------|
| 1. 長すぎる | 2. 長い | 3. ちょうどよい |
| 4. 短い | 5. 短すぎる | |

- ⑤ 本日の診察で、医師の問診や身体診察は丁寧(ていねい)でしたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. とても丁寧だった | 2. 丁寧だった |
| 3. どちらともいえない | 4. あまり丁寧ではなかった |
| 5. 全く丁寧ではなかった | 6. その他 (具体的に) |

⑥ 本日の診察で、医師の説明内容は丁寧でしたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. とても丁寧だった | 2. 丁寧だった |
| 3. どちらともいえない | 4. あまり丁寧ではなかった |
| 5. 全く丁寧ではなかった | 6. その他（具体的に _____） |

⑦ 本日の診察で、医師の説明内容が理解できましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. 十分に理解できた | 2. だいたい理解できた |
| 3. あまり理解できなかつた | 4. まったく理解できなかつた |
| 5. 説明を受けていない | |
| 6. その他（具体的に _____） | |

3. 「外来管理加算」についておうかがいします。

外来管理加算とは・・・

2回目以降の診察（「再診」といいます）のときに、医師が問診・身体診察などから計画的な医学管理を行った場合、「外来管理加算」（520円、自己負担はこのうち例えば3割負担の患者の場合、156円となります）が患者に請求できるようになっています。今までは、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいといった指摘等がありました。そこで、平成20年4月から、この「外来管理加算」の意義付けを見直し、

「医師が問診、身体診察、症状・病状についての説明、今後の治療方針、生活上の注意や指導、処方された薬の説明、悩みや不安への相談等について懇切丁寧（こんせつていねい）に説明を行った場合」に、患者に請求できるものと変更されました。この懇切丁寧な説明に係る時間として概ね5分といった時間の目安が設けられました。

① こうした懇切丁寧な説明のおおむね5分という時間の目安について、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 時間の目安は必要だ | → 質問①-1にお進みください。 |
| 2. 時間の目安は必要でない | → 質問②にお進みください。 |

①-1 上記①で「1. 時間の目安は必要だ」を選択した方におうかがいします。懇切丁寧な説明を行う時間として、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。

- | | | |
|-----------|----------|-----------|
| 1. 5分より短く | 2. 5分くらい | 3. 5分より長く |
|-----------|----------|-----------|

- ② 外来管理加算について、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。また、実施してほしい内容を以下の〈懇切丁寧な説明の項目〉の中から選び（あてはまるものすべて）、あてはまる文字（ア～キ）を（ ）内にお書きください。

〈懇切丁寧な説明の項目〉

- ア. 問診（あなたの症状・状態などについての医師からの質問）
 イ. 身体診察（聴診器で聴く、点眼するなど、医師が患者の身体に、直接または間接的にふれながら診察する）
 ウ. 症状・状態についての医師からの説明
 エ. 今後の治療方針についての説明
 オ. 生活上の注意や指導
 カ. 処方された薬についての説明
 キ. 悩みや不安への相談

1. 通院毎にすべての項目を実施してほしい
2. 通院毎に一部の項目を実施してほしい
→（実施してほしい項目すべてに○：ア. イ. ウ. エ. オ. カ. キ.）
3. 数か月に1回など、定期的にすべての項目を実施してほしい
4. 数か月に1回など、定期的な一部の項目を実施してほしい
→（実施してほしい項目すべてに○：ア. イ. ウ. エ. オ. カ. キ.）
5. 症状の変化があったときのみ、すべての項目を実施してほしい
6. 症状の変化があったときのみ、一部の項目を実施してほしい
→（実施してほしい項目すべてに○：ア. イ. ウ. エ. オ. カ. キ.）
7. 自分が求めたときだけ、すべての項目を実施してほしい
8. 自分が求めたときだけ、一部の項目を実施してほしい
→（実施してほしい項目すべてに○：ア. イ. ウ. エ. オ. カ. キ.）
9. その他（具体的に

）

- ③ このような「外来管理加算」（医師の懇切丁寧な説明、診察時間等）という仕組みがあるのをご存知でしたか。

1. 知っていた
2. 知らなかった

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

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

返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れ、お近くのポストに投函してください。

様式 1

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

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

薬局名	
薬局の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

<ご回答方法>

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

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

①組織形態 ※法人の場合は、法人の形態にも○をつけてください	1. 法人 ……▶ (1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人				
②職員数(常勤換算) ※小数点以下第一まで	薬剤師	() 人	その他(事務職員等)	() 人	
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は、小数点以下第一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) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)					
③調剤基本料 ※○は1つだけ	1. 調剤基本料 (40 点) 2. 調剤基本料 (18 点)				
④基準調剤加算 ※○は1つだけ	1. 基準調剤加算 1 (10 点) 2. 基準調剤加算 2 (30 点) 3. 算定していない				
⑤後発医薬品調剤体制加算 ※○は1つだけ	1. 算定している 2. 算定していない				
⑥後発医薬品調剤率(平成 20 年 1 月から 12 月までの各月について) ※小数点以下第一位まで					
1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %
7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %	(.) %

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

① 上記期間中に受付けた処方せんの発行医療機関数、また処方せん枚数を()内にご記入ください。						
医療機関種別	1) 処方せん発行医療機関数	2) 1)のうち、「変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある機関数	3) 2)のうち、主として先発医薬品を銘柄指定している機関数	4) 2)うち、主として後発医薬品を銘柄指定している機関数	5) 処方せん枚数	
						病院
一般診療所	内科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	小児科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	外科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	眼科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	耳鼻咽喉科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	精神科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
	その他の診療科を主体	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚
歯科診療所	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚	
合計	() 施設	() 施設	() 施設	() 施設	() 枚	

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

3. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。

(1)平成 20 年 12 月における、「(ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数」および「(イ)うち、12月8日(月)～12月14日(日)の取り扱い処方せん枚数」について、それぞれ()内に枚数をご記入ください。		
	平成 20 年 12 月	
	(ア)1か月全体の取り扱い処方せん枚数	(イ)うち、12/8～12/14の取り扱い処方せん枚数
① すべての取り扱い処方せん	() 枚	() 枚
② ①のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん	() 枚	() 枚
③ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がない処方せん	() 枚	() 枚
④ ③のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん(以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む)	() 枚	() 枚
⑤ ④のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん	() 枚	() 枚
⑥ ④のうち、後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん	() 枚	() 枚
⑦ ③のうち、1品目でも後発医薬品の銘柄変更調剤をした処方せん	() 枚	() 枚
⑧ ③のうち、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更できなかった処方せん(後発医薬品のみが記載された処方せんを含む)	() 枚	() 枚
⑨ ③のうち、「後発医薬品についての説明」※1を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更できなかった処方せん(過去に説明した際に、患者が希望しない意思を明確にしており、今回も後発品への変更をしなかった場合を含む)	() 枚	() 枚
③のうち、以下の理由により、後発医薬品に変更できなかった先発医薬品が1品目でもある処方せん		
⑩ 先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品がなかったため	() 枚	() 枚
⑪ ⑩のうち、薬価収載されていなかったため	() 枚	() 枚
⑫ ⑩のうち、在庫として備蓄していなかったため	() 枚	() 枚
⑬ 先発医薬品の剤形(ただし、OD錠除く)に対応した後発医薬品がなかったため	() 枚	() 枚
⑭ ⑬のうち、薬価収載されていなかったため	() 枚	() 枚
⑮ ⑬のうち、在庫として備蓄していなかったため	() 枚	() 枚
⑯ 先発医薬品の剤形がOD錠であり、それに対応した後発医薬品がなかったため	() 枚	() 枚
⑰ ⑯のうち、薬価収載されていなかったため	() 枚	() 枚
⑱ ⑯のうち、在庫として備蓄していなかったため	() 枚	() 枚
⑲ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がある処方せん	() 枚	() 枚
⑳ ⑲のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん	() 枚	() 枚
㉑ ①のうち、処方せん内容の一部について変更不可としている処方せん	() 枚	() 枚
㉒ ㉑のうち、一部先発医薬品について変更不可としている処方せん	() 枚	() 枚
㉓ ㉑のうち、一部後発医薬品について変更不可としている処方せん	() 枚	() 枚
(2)平成 20 年 12 月1か月間に調剤したすべての医薬品の数量(薬価基準の規格単位ベース)のうち、後発医薬品の割合	約 () %	

※1 「後発医薬品についての説明」とは

後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指します。以下の設問についても同じです。

4. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。(平成 20 年 4 月以降)

(1) 後発医薬品への変更が可能な処方せん※2を持参した患者のうち、後発医薬品についての説明※1を行った患者は、平成 20 年4月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
(2) 上記(1)の後発医薬品についての説明を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者は、どの程度いましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
(3) 上記(2)で、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、最も多いものは、次のうちのいずれでしょうか。 ※〇は1つだけ		
1. 薬剤料等（患者自己負担額）の差額が小さいから 2. 公費負担の患者であるため、経済的インセンティブがないから 3. 過去に後発医薬品を使用したか、体調不良となった経験があるから 4. 後発医薬品に対する不安があるから 5. その他（具体的に _____)		
(4) 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者は、平成 20 年 4 月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
(5) 上記(4)で、患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、最も多いものは、次のうちのいずれでしょうか。 ※〇は1つだけ		
1. 使用した後発医薬品の効果に疑問があったため 2. 使用した後発医薬品により体調不良となったため 3. 使用した後発医薬品の使用感が合わなかったため 4. 後発医薬品に対する不安が消えなかったため 5. その他（具体的に _____)		
(6) ①後発医薬品への変更が可能な処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する場合、後発医薬品についての説明と、一般的な服薬指導の両方を行うのに、患者1人当たりどの程度時間(後発医薬品説明＋一般的な服薬指導の合計時間)がかかりますか。 ※おおよその時間で結構です。具体的に数字をご記入下さい		
	【初回の患者の場合】	約(_____)分
	【2回目以降の患者の場合】	約(_____)分
②一般的な服薬指導を行う場合、患者1人当たりどの程度時間がかかりますか。		約(_____)分

※2 「後発医薬品への変更が可能な処方せん」とは

「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」を含む処方せんのうち、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ、処方内容の一部に変更不可の指示があるとしても、処方医が変更不可の指示をしていない「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」が1品目でもあるものを指します。以下の設問についても同じです。

(7) 平成 20 年 12 月以前に後発医薬品への変更調剤を行った後、薬局で変更した後発医薬品の銘柄処方に切り替わっている患者数の割合		約 () %	
(8) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品を直ちに切り替えることができずに後発医薬品に変更できなかった患者は、どの程度いましたか。 ※○は1つだけ			
1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満	
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上	
(9) 医薬品の備蓄状況等		(ア) 全品目	(イ) うち、後発医薬品
	①平成 19 年 12 月	約 () 品目	約 () 品目
	②平成 20 年 12 月	約 () 品目	約 () 品目
	③上記②のうち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の備蓄品目数	約 () 品目 例) $\left(\begin{array}{ll} \text{先発医薬品 } \alpha \text{ 10mg} & \text{後発医薬品 A 10mg} \\ & \text{後発医薬品 B 10mg} \\ \text{先発医薬品 } \alpha \text{ 20mg} & \text{後発医薬品 A 20mg} \\ & \text{後発医薬品 B 20mg} \end{array} \right)$ →複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品が 2 品目なので、「2 品目」と数えます。	
	④先発医薬品と同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない、先発医薬品の備蓄品目数	1) 先発医薬品がOD錠	→ () 品目
	2) 上記 1) 以外	→ () 品目	
⑤上記質問(8)のようなケースがないようにするためには、合計でどの程度の後発医薬品の品目数の備蓄が必要だと思いますか。			約 () 品目
(10) 貴薬局で採用している後発医薬品を選択した理由は何ですか。 ※該当するもの全てに○			
1. 後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度 2. 他の後発医薬品よりも薬価が安価 3. 近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度 4. 迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる 5. 患者の使用感がよい (例；味がよい、臭いが気にならない、貼付感がよい) 6. 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) 7. その他 (具体的に)			
(11) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、今後、どのような対応が進めば、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めてもよいと思いますか。 ※○は1つだけ			
1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保 3. 後発医薬品に対する患者の理解 4. 剤形・規格の違いに関わらずに銘柄変更調剤ができる環境の整備 5. 後発医薬品の調剤に関する調剤報酬上の一層の評価 6. 特に対応は必要ない 7. その他 (具体的に)			

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

(1) 多くの場合行っている後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供の頻度 ※○は1つだけ	
1. 変更調剤(2回目以降を含む)を実施した都度	2. 新規の変更調剤を実施したときのみ
3. 情報提供していない	4. その他(具体的に)
(2) 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供のタイミング ※○は1つだけ	
1. 変更調剤をした都度すぐに	2. 一定期間に行った変更調剤をまとめて
3. 薬情・お薬手帳等により患者経由で次の診療日に	4. 特段何も対応していない
5. その他(具体的に)	
(3) 後発医薬品への変更調剤に係る医療機関(医師)への情報提供について、情報提供不要との取り決めを行っている医療機関数	() 施設
(4) 貴薬局で採用している後発医薬品のリストを近隣の医療機関(医師)へ提供していますか。 ※○は1つだけ	
1. 提供していない	
2. 提供している → どのような方法で提供していますか。 ※○は1つだけ	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 1. 貴薬局単独で提供している 2. 複数の薬局で共同して提供している 3. 地域の薬剤師会として提供している 4. その他(具体的に) </div>	

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. 特にこだわりはない	
2. 後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる	
3. 薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる	
4. 後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない	
→ どのような理由によるものでしょうか。 ※該当するもの全てに○を記入	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 1. 後発医薬品の品質に疑問があるため 2. 後発医薬品の効果に疑問があるため 3. 後発医薬品の副作用に不安があるため 4. 後発医薬品の安定供給体制が不備であるため 5. 後発医薬品の情報提供が不備であるため 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発が不足なため 7. 薬局にとって経済的な便益がないため 8. 近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため 9. その他(具体的に) </div>	
(2) 後発医薬品の品質保証について、どのような方法で行われているのかご存知ですか。 ※○は1つだけ	
1. 十分に理解している	2. ある程度理解している
3. あまり理解していない	4. 全く理解していない

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

質問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。

※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いいたします。

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

■ 平成 20 年 12 月 8 日（月）から 14 日（日）までの 1 週間の状況をご記入ください。

- 「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん（1 品目でも変更した場合を含む）についてご記入ください。
- 上記の処方せんについて、1 から番号を振り、「処方せん番号 (NO.)」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。（下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式 1 の 3. 「④ ③のうち 1 品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん（以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む）」の項「(イ) うち、12/8~12/14 の取り扱い処方せん枚数」欄の枚数と同じであることを確認してください。）
- 各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄により調剤した場合の薬剤料を (A) 欄に、また、実際に（後発医薬品へ変更して）調剤した薬剤料を (B) 欄にご記入ください。薬剤料は処方せん 1 枚ごと、単位は「点」でご記入ください。
- 各々の処方せんについて、この処方せんを持参した患者の一部負担金の割合を (C) 欄にご記入ください（例：組合健保の被保険者 3 割の場合→「3」とご記入ください）。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した薬剤料 (B)	患者一部負担金の割合 (C)
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

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した薬剤料 (B)	患者一部負担金の割合 (C)
21	点	点	割
22	点	点	割
23	点	点	割
24	点	点	割
25	点	点	割
26	点	点	割
27	点	点	割
28	点	点	割
29	点	点	割
30	点	点	割
31	点	点	割
32	点	点	割
33	点	点	割
34	点	点	割
35	点	点	割
36	点	点	割
37	点	点	割
38	点	点	割
39	点	点	割
40	点	点	割

※回答用紙が足りない場合には、大変恐縮ですが、本用紙をコピーしてお使いください。

※記入例(全 3 枚のうち 1 枚目の場合)

回答用紙 枚中 枚

回答用紙 3 枚中 1 枚

⑪後発医薬品の使用について、 <u>外来患者に院外処方せんを発行する場合、施設としてどのように対応していますか。</u> ※最も近いものを1つだけ選択してください。	1. 後発医薬品を積極的に使用* 2. 後発医薬品をほとんど使用しない 3. 個々の医師の判断による 4. その他（具体的に _____）
---	--

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

⑫医薬品備蓄品目数	約（ _____ ）品目 ※平成20年12月末現在
⑬上記⑫のうち後発医薬品の備蓄品目数	約（ _____ ）品目 ※平成20年12月末現在
⑭貴施設で使用している後発医薬品リストを近隣の薬局や地域の薬剤師会等に提供していますか。	1. 近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している 2. 地域の薬剤師会に提供している 3. 近隣の薬局に提供している 4. 提供していない 5. その他（具体的に _____）

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

①院外処方せんを発行している診療科 *あてはまるものすべてに○	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 小児科 6. 産婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. その他（具体的に _____）
②外来における院外処方せん発行枚数	（ _____ ）枚 ※平成20年12月1か月間
③上記②のうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せん又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合 ※平成20年12月1か月間	1. 10%未満 2. 10%以上 ~ 30%未満 3. 30%以上 ~ 50%未満 4. 50%以上 ~ 70%未満 5. 70%以上 ~ 90%未満 6. 90%以上

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

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

④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。

1. 改善した 2. 変化はない 3. 悪化した

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

「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。

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

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

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、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。※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒(切手不要)にて、直接、事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。

※特に断りのない場合は、平成20年12月現在の状況についてご記入ください。

1. 貴方ご自身についてお伺いします。

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

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

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

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

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

<上記質問①で「3.」と回答された方にお伺いします>

①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。

※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を()に記入してください。

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

.....▶ 質問②へお進みください

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

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. 多くなった | 2. 変わらない | 3. 少なくなった |
|----------|----------|-----------|

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

- | | |
|-------|--------------|
| 1. ある | 2. ない → 質問④へ |
|-------|--------------|

③-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した（すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした）処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。※○は1つだけ

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

③-2 「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からですか。 ※あてはまる番号すべてに○

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

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

- | | |
|-------|--------------|
| 1. ある | 2. ない → 質問⑤へ |
|-------|--------------|

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（ ）%程度

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

- | | | |
|-------|-----------|-----------|
| 1. ある | 2. だいたいある | 3. まったくない |
|-------|-----------|-----------|

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

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

3. 後発医薬品の使用についてお伺いします。

①後発医薬品について、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平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、良くなった点があればご記入ください。
③平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。
④今後、どのような対応が進めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。※〇は1つだけ
1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保 3. 後発医薬品に対する患者の理解 4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 5. 特に対応は必要ない 6. その他（具体的に _____)

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

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

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

※この「診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

()内に数値を記入する設問で、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。

※特に断りのない場合は、平成 20 年 12 月現在の状況についてご記入ください。

ご回答者についてご記入ください。

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

1. 貴施設の状況(平成 20 年 12 月末現在)についてお伺いします。

①医療機関名	()
②所在地	() 都・道・府・県
③開設者	1. 個人 2. 法人 3. その他
④種別 ※○は1つだけ	1. 無床診療所 2. 有床診療所 → 許可病床数() 床
⑤主たる診療科 ※○は1つだけ	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 小児科 6. 産婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. その他(具体的に)
⑥医師数(常勤のみ)	() 人
⑦薬剤師数(常勤のみ)	() 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。
⑧医薬品の備蓄状況	
1) 医薬品備蓄品目数	約() 品目
2) 上記 1) のうち後発医薬品の備蓄品目数	約() 品目

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

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

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

①貴施設では、平成20年4月以降、院外処方せんを発行していますか。※○は1つだけ	1. 発行している 2. 発行していない
--	-------------------------

→ 院外処方せんを発行していない場合は、5ページの「5. 外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」へお進みください。

②外来診療の状況についてお伺いします。	
1) 1か月間の外来診療実日数(平成20年12月1か月間) ※半日診療の場合は「0.5日」として計算してください	() 日
2) 1か月間の外来延べ患者数(平成20年12月1か月間)	() 人
③外来における院外処方せん発行枚数(平成20年12月1か月間)	() 枚

4. 外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(平成20年12月末現在)をお伺いします。<院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします>

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ
1. 特にこだわりはない▶ 質問②へ 2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方*▶ 質問②へ 3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない▶ 質問①-1の後、質問②へ *後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。

<上記質問①で「3.」を回答された方にお伺いします>

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

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

→①-1-1 どのような情報が必要ですか。

例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足

7. その他（具体的に

.....▶ 質問②へお進みください

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

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. 多くなった | 2. 変わらない | 3. 少なくなった |
|----------|----------|-----------|

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

※○は1つだけ

- | | |
|-------|--------------|
| 1. ある | 2. ない → 質問④へ |
|-------|--------------|

③-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した（すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした）処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。※○は1つだけ

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

③-2 「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からですか。 ※あてはまる番号すべてに○

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

.....▶ 質問④へお進みください

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

1. ある 2. ない → 質問⑤へ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

() %程度

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。※〇は1つだけ

- | | | |
|-------|-----------|-----------|
| 1. ある | 2. だいたいある | 3. まったくない |
|-------|-----------|-----------|

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

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

.....▶ 「6. 後発医薬品の使用についてお伺いします」へお進みください。

5. 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<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>。

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

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

<上記質問①で「3.」を回答された方にお伺いします>
 ①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。
 ※あてはまる番号のすべてに〇。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）に記入してください。

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

6. 後発医薬品の使用についてお伺いします。<全施設の方にお伺いします>。

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

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1. だいたい知っている | 2. 少しは知っている | 3. ほとんど知らない |
|--------------|-------------|-------------|

②平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、良くなった点があればご記入ください。
③平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。
④今後、どのような対応が進めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。※○は1つだけ
<ol style="list-style-type: none"> 1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底 2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保 3. 後発医薬品に対する患者の理解 4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 5. 特に対応は必要ない 6. その他（具体的に _____)

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

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

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

※この「患者票」は、患者の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

1. あなたご自身についておうかがいします。

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

2. 後発医薬品の使用に関するお考えについておうかがいします。

① 後発医薬品（ジェネリック医薬品）を知っていますか。 ※○は1つだけ	
1. 知っている	
2. 名前は聞いたことがある	
3. 知らない →質問②へ	
<p><上記①で「1. 知っている」「2. 名前は聞いたことがある」と回答された方におうかがいします。></p>	
①-1 どこで後発医薬品（ジェネリック医薬品）を知りました（名前を聞きました）か。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. テレビCMを見て	2. 新聞・雑誌等を見て
3. 医師・薬剤師の説明で	4. 医療機関・薬局内のポスターを見て
5. 家族・知人から聞いて	6. 都道府県・市町村からのお知らせを見て
7. 健康保険組合からのお知らせを見て	8. インターネットを見て
9. その他 ()	

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは

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

② 医師や薬剤師から後発医薬品についての説明を受けたことがありますか。※〇は1つだけ

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

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

②-1 おもに説明してくれたのは誰ですか。※〇は1つだけ

- 1. おもに医師から
- 2. おもに薬剤師から
- 3. 医師と薬剤師の両方から

②-2 説明された内容は理解できましたか。※〇は1つだけ

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

③ 後発医薬品を使用したことがありますか。※〇は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない →質問④へ

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

③-1 後発医薬品の効果（効き目）に満足していますか。※〇は1つだけ

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

③-2 窓口での薬代の負担感をお聞かせください。※〇は1つだけ

- 1. 安くなった
- 2. それほど変わらなかった
- 3. わからない

④ 後発医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。※〇は1つだけ

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

⑤ あなたが後発医薬品を使用するにあたって必要なことは何ですか。

※あてはまる番号すべてに〇

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

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

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

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

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

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 20 年 () 月 () 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の概要についてお伺いします。

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

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

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

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

問 3 貴院の**開設者**として該当する選択肢番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

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

問4 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(〇はいくつでも)
 なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。

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

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

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

	平成19年10月1ヶ月		平成20年10月1ヶ月	
(1) 外来患者数	<input type="text"/>	人	<input type="text"/>	人

問6 貴院は後期高齢者診療料の算定をされていますか。該当する選択肢番号に〇をお付け下さい。算定をされている場合は、算定は開始された時期もご記入下さい。また、届出の際に記載された医師数(高齢者担当医)についてもご記入ください。

	01 算定あり	02 算定なし
(1) 後期高齢者診療料	時期：平成(<input type="text"/>)年(<input type="text"/>)月	
(2) 高齢者担当医 医師数	<input type="text"/> 人	

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

■後期高齢者診療料の算定状況についてお伺いします。

問7 平成20年10月における75歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数についてご記入ください。なお、内訳としてそれぞれ主病（重複疾患の場合、最も主な病気）別患者数・来院回数総数についてもご記入ください。
 また、昨年の平成19年10月時点における75歳以上外来患者についても同様に記入ください。
 ※1 「その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患」には、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎を主病とする患者が該当します。

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

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

■変化の理由

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

8-1 主病 糖尿病の患者について

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

8-2 主病 脂質異常症の患者について

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

8-3 主病 高血圧性疾患の患者について

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

次頁につづく

8-4 主病 認知症の患者について			
	前年と今年の数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07

8-5 主病 その他（結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎）の患者について			
	前年と今年の数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07

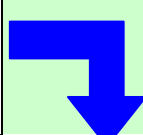
問9 貴院では、今後、後期高齢者診療料の算定についてどのような意向をお持ちですか。今後の意向として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。（○は1つ）

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

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

■効果について

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



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

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

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

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

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

■後期高齢者診療計画書等の作成状況についてお伺いします。

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

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

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

後期高齢者診療計画書の作成に係る平均的な(作成1回当たり)所要時間 約 分

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

後期高齢者診療計画書の記載に関連する患者への平均説明時間 約 分

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

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

■後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度などについてお伺いします。

問 18 貴院では、後期高齢者診療（料）の活用を 75 歳以上外来患者に対して積極的に勧めておられますか。その活動の状況と今後の意向について該当する選択肢の番号に○を 1 つお付け下さい。（○は 1 つ）	
(1) 活用の勧め	01 積極的に行っている 02 程ほどに行っている 03 行っていない
(2) 今後の活動の意向	01 実施（継続）する 02 実施（継続）しない 03 決めていない

問 19 平成 20 年 10 月における貴院の 75 歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度や希望の状況について、以下の項目別に該当する患者数をご記入下さい。		
	平成 20 年 10 月	
(1) 75 歳以上の外来患者の実人数		人
(2) [再掲] 後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）している		人
(3) [再掲] 後期高齢者診療料を一部理解できていないが、希望（同意）している		人
(4) [再掲] 後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）していない		人
(5) [再掲] 後期高齢者診療料を一部理解できておらず、希望（同意）していない		人
(6) [再掲] 患者の理解度や希望の状況は不明		人
(7) [再掲] 後期高齢者診療料に係る説明はしていない		人

問 20 貴院において後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせの内容として、該当する選択肢の中から多いもの 2 つに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。（○は 2 つまで）		
01 担当医の役割	02 診療内容・頻度への影響	03 薬の処方内容・頻度への影響
04 検査内容・頻度への影響	05 患者負担額への影響	06 他の医療機関への受診の可否
07 連携している緊急時の入院先医療機関の内容	08 問合せはない	
09 その他（	）	

問 21 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○をされた方にお伺いします。

貴院が後期高齢者診療料を1人も算定されていない理由として該当する選択肢のすべての番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

- 01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため
- 02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため
- 03 他の医療機関との調整が困難なため
- 04 患者に対する他の医療機関への受診の調整が困難なため
- 05 後期高齢者診療料に係る診療計画書や本日の診療内容の要点の作成が困難なため
- 06 患者の服薬状況および薬剤服用歴を経時的に管理することが困難なため
- 07 後期高齢者の療養を行うにつき必要な研修を受講する(させる)ことが困難なため
- 08 患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため
- 09 その他 ()

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

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、○月○日(○)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1

後期高齢者診療料に係る調査 患者調査票（案）

[ご記入に際してのお願い]

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

《コールセンター》

TEL: 〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇 (月～金 9:30～17:00)

FAX: 〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇 (24 時間)

◀ 「後期高齢者診療料」とは ▶

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> 後期高齢者診療計画書について
<input type="checkbox"/> 本日の診療内容の要点について

問13. あなた（患者さん）自身のことについて、お伺いします。

(1) 性別（○は1つ）

ア. 男性	イ. 女性
-------	-------

(2) 年齢（○は1つ）

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

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

ア. 1年以内	イ. 2～5年
ウ. 6～10年	エ. 11年以上

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

ア. 1回	イ. 2～3回
ウ. 4～5回	エ. 5回以上

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

病名の数	() 個
------	-------

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

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

(7) 本アンケートの記入者（○は1つ）

ア. 患者本人	イ. 家族
---------	-------

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

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）

後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に関する調査 調 査 票（案）



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

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成20年（ ）月（ ）日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の概況についてお伺いします。

問1. 貴院の**施設種別**について該当するものをお選びください。（○は1つ）
 なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、**許可病床数**を病床種類別にご記入ください。

01 病院	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床
02 有床診療所	床	床	床	床	床
03 無床診療所					

問2. 貴院の開設者について該当するものをお選びください。（○は1つ）

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

問3. 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(○はいくつでも)
 なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。

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

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

問4. 貴院において施設基準の届出をしているものとして該当するものをお選びください。(○は1つ)

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

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

01 実施している	02 実施していない
-----------	------------

[研修の具体的内容]

■終末期の診療方針等の話し合いの実施状況についてお伺いします。

問6. 貴院では、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した患者やその家族との間で、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していますか。(○は1つ)

01 実施していない (⇒ 問7 にご回答ください)
02 実施している (⇒ 問8 にお進みください)

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

問7. 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していない理由をお選びください。(○はいくつでも)

01 対象患者がない	03 話し合いを行うことが適切とは考えていない
02 患者や家族の求めがない	04 その他 →下欄に具体的に記入してください

[「04 その他」の具体的内容]

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

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

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

① 75歳未満	<input type="text"/> 人	② 75歳以上	<input type="text"/> 人
---------	------------------------	---------	------------------------

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

--

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

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

問10. 終末期の診療方針等の話し合いの結果を**文書等にとりまとめ**、患者や家族に**提供**していますか。
(○は1つ)

- 01 提供していない (⇒問 11 にご回答ください)
- 02 一部の話し合い結果について提供している (⇒ 問 12 へお進みください)
- 03 全ての話し合い結果について提供している (⇒ 問 12 へお進みください)

【問 10 で「01 提供していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問11. 終末期の診療方針等に結果についての文書等の提供を行っていない理由として該当するものをお選びください。「04 その他」を選択した場合、具体的な内容を記入してください。(○はいくつでも)

- 01 これまで患者や家族から文書提供の要望が出されなかったから
- 02 文書化を意識することで、効果的な話し合いが行えなくなるから
- 03 話し合いでは、患者や家族の反応をみながら言葉を選び慎重に伝えるが、同じようなニュアンスを文書で伝えることは難しいから
- 04 その他→下欄に具体的に記入してください

[「04 その他」の具体的内容]

⇒ 問 20(最終頁)へお進みください

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

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

--

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

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

■ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等についてお伺いします。

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

問14. 平成20年4月から9月までの間に、後期高齢者終末期相談支援料の算定を行いましたか。また、10月以降に算定の可能性はありますか。(○は一つ)	
01	9月までに算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない(⇒問20へお進みください)
02	9月までに算定していないが、6月までに文書提供した患者について、10月以降算定する可能性がある。(⇒問20へお進みください)
03	算定した(⇒問15～19をご回答ください)

【問14で、「03 算定した」と回答された施設のみご記入ください】

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

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

問17. 後期高齢者終末期相談支援料を退院時に算定した患者(問15(1)①で記入した患者)の**退院先**について、区分別の実人数をご記入ください。

(1) 一般病床	人	(5) その他介護施設又はケア付住宅	人
(2) 療養病床 [医療] [介護]	人	(6) 自宅	人
(3) 老人保健施設	人	(7) その他	人
(4) 特別養護老人ホーム	人		

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

問19. 後期高齢者終末期相談支援料の算定患者について、終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を 変更した 回数別の実人数をご記入ください。		
終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を変更した回数	① 0回	人
	② 1回	人
	③ 2回	人
	④ 3回以上	人

■ 後期高齢者終末期相談支援料についてお伺いします。

【すべての施設でご回答ください。】

問20. 後期高齢者終末期相談支援料に関するお考えで、該当するものを全てお選びください。(○はいくつでも)	
01	診療報酬で評価することは妥当である
02	終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない
03	75歳以上に限定せず実施すべきである
04	終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき
05	後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が高すぎる
06	後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が低すぎる
07	診療報酬で評価するのは時期尚早である
08	もともと診療報酬によって評価する性質のものではない
09	後期高齢者終末期相談支援料を知らない
10	その他 <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 10px;"> { <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 10px;">具体的に</div> } </div>

問21. 後期高齢者終末期相談支援料の算定の際、参考にすることとしている「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月21日医政局発第0521011号)について知っていますか。	
01	内容を知っている
02	存在は知っているが、内容は知らない
03	存在を知らない

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

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

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

問3 話し合いの後の患者や家族の様子についてお伺いします。

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

①患者本人の様子

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

②家族の様子

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

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

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

具体的に

[]

- 10 特になし

疾患コード表

主傷病コード (001~120)		
I 感染症及び寄生虫症	042 屈折及び調節の障害 043 その他の眼及び付属器の疾患	X II 皮膚及び皮下組織の疾患
001 腸管感染症 002 結核 003 主として性的伝播様式をとる感染症 004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 005 ウイルス肝炎 006 その他のウイルス疾患 007 真菌症 008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 009 その他の感染症及び寄生虫症	VII 耳及び乳様突起の疾患 044 外耳炎 045 その他の外耳疾患 046 中耳炎 047 その他の中耳及び乳様突起の疾患 048 メニエール病 049 その他の内耳疾患 050 その他の耳疾患	086 皮膚及び皮下組織の感染症 087 皮膚炎及び湿疹 088 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
II 新生物	IX 循環器系の疾患	X III 筋骨格系及び結合組織の疾患
010 胃の悪性新生物 011 結腸の悪性新生物 012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 014 気管、気管支及び肺の悪性新生物 015 前立腺の悪性新生物 016 乳房の悪性新生物 017 子宮の悪性新生物 018 悪性リンパ腫 019 白血病 020 その他の悪性新生物 021 良性新生物及びその他の新生物	051 高血圧性疾患 052 虚血性心疾患 053 その他の心疾患 054 くも膜下出血 055 脳内出血 056 脳梗塞 057 脳動脈硬化(症) 058 その他の脳血管疾患 059 動脈硬化(症) 060 痔核 061 低血圧(症) 062 その他の循環器系の疾患	089 炎症性多発性関節障害 090 関節症 091 脊椎障害(脊椎症を含む) 092 椎間板障害 093 頸腕症候群 094 腰痛症及び坐骨神経痛 095 その他の脊柱障害 096 肩の傷害<損傷> 097 骨の密度及び構造の障害 098 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	X 呼吸器系の疾患	X IV 腎尿路生殖系の疾患
022 貧血 023 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	063 急性鼻咽喉炎[かぜ]<感冒> 064 急性咽喉炎及び急性扁桃炎 065 その他の急性上気道感染症 066 肺炎 067 急性気管支炎及び急性細気管支炎 068 アレルギー性鼻炎 069 慢性副鼻腔炎 070 急性又は慢性と明示されない気管支炎 071 慢性閉塞性肺疾患 072 喘息 073 その他の呼吸器系の疾患	099 糸球体疾患及び腎細管間質性疾患 100 腎不全 101 尿路結石症 102 その他の腎尿路系の疾患 103 前立腺肥大(症) 104 その他の男性生殖器の疾患 105 月経障害及び閉経周辺期障害 106 乳房及びその他の女性生殖器疾患
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	X I 消化器系の疾患	X V 妊娠、分娩及び産じょく
024 甲状腺障害 025 糖尿病 026 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	074 う蝕 075 歯肉炎及び歯周疾患 076 その他の歯及び歯の支持組織の障害 077 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 078 胃炎及び十二指腸炎 079 アルコール性肝疾患 080 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) 081 肝硬変(アルコール性のものを除く) 082 その他の肝疾患 083 胆石症及び胆のう炎 084 膵疾患 085 その他の消化器系の疾患	107 流産 108 妊娠高血圧症候群 109 単胎自然分娩 110 その他の妊娠、分娩及び産じょく
V 精神及び行動の障害	X VI 周産期に発生した病態	X VII 先天奇形、変形及び染色体異常
027 血管性及び詳細不明の認知症 028 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 029 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 030 気分[感情]障害(躁うつ病を含む) 031 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 032 知的障害(精神遅滞) 033 その他の精神及び行動の障害	111 妊娠及び胎児発育に関連する障害 112 その他の周産期に発生した病態	113 心臓の先天奇形 114 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
VI 神経系の疾患	X VIII 症状、徴候等で他に分類されないもの	X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響
034 パーキンソン病 035 アルツハイマー病 036 てんかん 037 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 038 自律神経系の障害 039 その他の神経系の疾患	115 症状、徴候等で他に分類されないもの	116 骨折 117 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 118 熱傷及び腐食 119 中毒 120 その他の損傷及びその他の外因の影響
VII 眼及び付属器の疾患		
040 結膜炎 041 白内障		

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）

終末期の治療方針等についての話し合いや 文書等の提供についての意識調査（案）

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

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

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

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

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

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

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

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

具体的に

[]

⇒問7へお進みください。

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

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

具体的に

[]

⇒問7へお進みください。

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

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

〔 具体的に 〕

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

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

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

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

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

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

⇒問11へお進みください。

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

--

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

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

--

■あなたご自身のことについてお伺いします。

問12 あなたの**性別**はどちらですか。

- | | |
|-------|-------|
| 01 男性 | 02 女性 |
|-------|-------|

問13 あなたの**年齢**をご記入ください。

満

--

 歳(平成20年10月1日現在)

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

①医療関係の仕事（○は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

②介護関係の仕事（○は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

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

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

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

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

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

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

「後期高齢者終末期相談支援料について」（参考）

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

ご協力ありがとうございました。